

**UNIVERZITA PALACKÉHO V OLMOUCI**

Cyrlometodějská teologická fakulta

Katedra křesťanské sociální práce

Charitativní a sociální práce

Bc. Zdeňka Čírtková

**SITUACE A MOŽNOSTI PODPORY NEFORMÁLNÍCH A  
RODINNÝCH PEČUJÍCÍCH NA ORLICKOÚSTECKU**

Diplomová práce

**Vedoucí práce:** PhDr. Mgr. Libor Novosád, Ph.D.

2021

### Prohlášení

Prohlašuji, že jsem práci vypracovala samostatně a že jsem všechny použité informační zdroje uvedla v seznamu literatury.

V Olomouci dne .....

Podpis.....

## Poděkování

Na tomto místě bych ráda poděkovala vedoucímu mé diplomové práce PhDr. et Mgr. Liboru Novosádovi, Ph.D., za konzultace a odborné rady, kterými přispěl k vypracování této diplomové práce.

Dále bych ráda poděkovala rodinným pečujícím, kteří mi věnovali svůj čas a podělili se o své zkušenosti při poskytování péče svým blízkým a umožnili mi tak získání potřebných informací k provedení výzkumu.

Bc. Zdeňka Čírtková

# Obsah

Úvod.....	6
<b>1. Formální a neformální péče .....</b>	<b>8</b>
1.1 Formální péče.....	9
1.2 Neformální péče .....	9
1.2.1 Rodina .....	9
1.2.2 Asistent sociální péče .....	11
1.2.3 Rizika na straně pečující osoby.....	11
1.3 Sdílená péče.....	14
<b>2. Sociální práce a neformální pečující .....</b>	<b>16</b>
2.1 Sociální pracovník .....	17
2.2 Zdravotně sociální pracovník.....	18
<b>3. Dokumenty zabývající se podporou neformální péče.....</b>	<b>20</b>
3.1 Dokumenty celostátní.....	20
3.2 Dokumenty krajské .....	23
3.3 Dokumenty regionální.....	24
3.3.1 Charakteristika regionu .....	25
3.3.2 Služby dostupné v regionu .....	25
<b>4. Možnosti podpory .....</b>	<b>28</b>
4.1 Poradenství.....	28
4.2 Příspěvek na péči.....	29

4.3	<b>Průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP) a příspěvek na mobilitu</b> .....	32
4.4	Příspěvek na zvláštní pomůcku .....	34
4.5	Dlouhodobé ošetřovné .....	36
4.6	Sociální služby podporující pečující .....	37
4.7	Finanční podpora .....	39
5.	<b>Výzkumy zaměřené na pečující osoby</b> .....	42
6.	<b>Metodologie výzkumu</b> .....	45
6.1.	Kvalitativní výzkum .....	45
6.2	Technika sběru dat .....	46
6.3	Etika výzkumu.....	48
6.4	Výběr výzkumného vzorku .....	49
6.5	Charakteristika výzkumného vzorku .....	51
7.	<b>Analýza získaných dat</b> .....	53
8.	<b>Shrnutí výsledků a diskuse</b> .....	62
8.1	Doporučení pro praxi .....	70
9.	<b>Limity práce</b> .....	72
	Závěr .....	73
	Použitá literatura:.....	76

## Úvod

Téměř každý z nás se během svého života setká se situací, kdy je nutné zajistit péči o blízkého člověka. Podvědomě počítáme s tím, že se jednou budeme muset postarat o své rodiče či další příbuzné, kteří budou potřebovat naši pomoc v souvislosti s přibývajícím věkem a s tím souvisejícím úbytkem sil. Bohužel se však někdy stane, že náhle dojde ke zhoršení stavu blízké osoby, která má k seniorskému věku různě daleko (úraz, CMP, diagnóza závažného onemocnění – např. nádorového nebo plicního, infarkt myokardu a jiné závažné, většinou dlouhodobé, stavy) a my najednou musíme řešit zajištění potřebné péče pro tuto osobu. Naléhavost vzniklé neočekávané situace nás zastihne nepřípravené a bez potřebných informací. Pracuji jako sociální pracovník agendy příspěvku na péči na úřadu práce. Denně jsem tedy v kontaktu s lidmi, kteří zajišťují nebo potřebují nějakým způsobem zajistit péči o své blízké různého věku. Často přijdou s tím, že popíší situaci, do které se dostali a že nevědí, co mají dělat. Často také slyším „nikdo nám nic neřekl, nevíme kde, co...“. Ptají se na možnosti zajištění péče, dostupnost zdravotních i sociálních služeb a možnost finančního zajištění.

Problematika zajištění péče o ty, kteří ji potřebují se stále častěji dostává do popředí politického zájmu i povědomí veřejnosti. Nejčastěji je toto téma zmiňováno právě v souvislosti se stárnutím populace. S ohledem na přeplněnost pobytových služeb je pozornost věnována možnostem zajištění péče v domácím prostředí. Zájem se tak stáčí na neformální poskytovatele pomoci, mezi kterými převládají rodinní příslušníci, méně často pak třeba kamarádi či sousedé. I přes to, že neformální pečovatelé hrají rozhodující roli při poskytování péče v domácím prostředí, na naplňování jejich potřeb se zapomíná a celkově je jejich podpora v současné době

nedostačující – pečující nejsou finančně zabezpečeni, služby pro pečující jsou obtížně dostupné, ...

Pro svou práci jsem si zvolila skupinu pečujících, kteří jsou v produktivním věku a pro poskytování péče svému blízkému se museli rozhodnout téměř okamžitě – jsou pečujícími o osobu, která je též v produktivním věku a s jejíž náhlou závislostí nikdo nepočítal (po úrazu, prodělané CMP nebo např. rozvoji vážného onemocnění). Cílem mé práce je zjistit, jak nahlíží tito pečující svoji na situaci a na možnosti podpory při péči o svého dlouhodobě nemocného blízkého člověka. Metodou, kterou jsem zvolila pro dosažení cíle je kvalitativní výzkum, při kterém použiji polostrukturované rozhovory s pečujícími.

Předložená diplomová práce může sloužit pečujícím jako stručný rádce. Dále může být využita jako inspirace při komunitním plánování sociálních služeb ve správním obvodu Ústí nad Orlicí, konkrétně při plánování služeb pro neformální pečující, neboť město má podporu těchto osob uvedenou ve Střednědobém plánu rozvoje sociálních a souvisejících služeb na období 2020-2023.

V teoretické části se budu zabývat definicemi formální a neformální péče, úlohou rodiny či dalších neformálních pečujících, rolí sociálního pracovníka, službami v uvedeném regionu. Dále bude popsána podpora pečujících z pohledu nástrojů veřejné politiky, zdravotních a sociálních služeb. V empirické části bude popsána metodologie a vymezen cíl práce a výzkumné otázky. V závěru budou prezentovány výsledky výzkumu.

## **1. Formální a neformální péče**

Klíčovým předpisem upravujícím podmínky poskytování pomoci a podpory fyzickým osobám v nepříznivé sociální situaci prostřednictvím sociálních služeb a příspěvku na péči je zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách. Tento zákon upravuje poskytování příspěvku na péči a dále také rozlišuje základní druhy a formy sociálních služeb, vyjmenovává zařízení sociálních služeb a vymezuje základní činnosti při poskytování sociálních služeb, upravuje podmínky pro vydání oprávnění k poskytování sociálních služeb, inspekci poskytování sociálních služeb a také předpoklady pro výkon povolání sociálního pracovníka, pokud vykonává činnost v sociálních službách, a pracovníků v sociálních službách – tj. v přímé péči. V zákoně jsou také popsány základní zásady pomoci, kdy rozsah a forma pomoci a podpory poskytnuté prostřednictvím sociálních služeb musí zachovávat lidskou důstojnost osob. Pomoc musí vycházet z individuálně určených potřeb osob, musí působit na osoby aktivně, podporovat rozvoj jejich samostatnosti, motivovat je k takovým činnostem, které nevedou k dlouhodobému setrvávání nebo prohlubování nepříznivé sociální situace a posilovat jejich sociální začleňování. Sociální služby musí být poskytovány v zájmu osob a v náležité kvalitě takovými způsoby, aby bylo vždy důsledně zajištěno dodržování lidských práv a základních svobod osob. K zákonu náleží prováděcí vyhláška č. 505/2006 Sb. V této vyhlášce je popsán způsob hodnocení schopnosti zvládat základní životní potřeby (pro účely příspěvku na péči), rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb, dále jsou popsány zdravotní stavy vylučující poskytování pobytových sociálních služeb, hodnocení plnění standardů kvality sociálních služeb.



## 1.1 Formální péče

Formální péče zahrnuje státem nebo jinými institucemi kontrolované služby, které jsou poskytovány pouze vyškolenými, kvalifikovanými a licencovanými profesionály. Formální pečovatelé mají s opečovávanou osobou obvykle uzavřenou smlouvu, kde jsou definovány povinnosti v souladu s jejich odbornou způsobilostí. Zároveň jsou placeni za poskytnutou péči a jejich práce je regulována zákonem a vyplývají jim z ní určitá sociální práva. (Kotrusová, Dobiášová, Hošťálková, 2013, s. 10)

## 1.2 Neformální péče

Neformální péče je zajišťována především partnery nebo druhy, dospělými dětmi nebo jinými příbuznými, sousedy nebo přáteli, i když není nutné, aby mezi pečujícím a opečovávaným existovaly sociální kontakty před vznikem potřeby péče.

Neformální pečovatelé nejsou primárně odborně vyškoleni k poskytování péče, i když někteří absolvovali speciální odborný výcvik. Za poskytnutou péči nepobírají mzdu (mohou však pobírat různé dávky – např. příspěvek na živobytí, doplatek na bydlení nebo příspěvek na bydlení) a z jejich péče jim vyplývají jenom minimální sociální práva. Nezřídka provádějí širokou škálu úkonů, z nichž některé jsou srovnatelné s úkony poskytovanými profesionálními pečovateli. Jejich pečovatelské povinnosti nejsou vymezeny smluvně a neexistuje žádné oficiální časové omezení jejich práce. (Triantafillou et al., 2010, s. 11-12) Neformálním pečovatelům, kteří kvůli rozsahu péče nemohou pracovat, se doba péče započítává do odpracovaných let, aby měli nárok na starobní důchod.

### 1.2.1 Rodina

*„Rodina je stálý sociální útvar, který chrání svoje členy a pomáhá jim vyrovnávat se se změnami probíhajícími v jejím okolí. Stabilita rodiny přitom není v protikladu*

*k dynamice společnosti jako celku, naopak vytváří podmínky pro rozvoj a změny ve společnosti“.* (Levická, 2004, s. 5) Rodina se podílí na předávání nejdůležitějšího poznání předchozích generací novým členům prostřednictvím nenásilného sociálního učení, založeného na běžné interakci členů rodinného společenství. (Truhlářová a kol., 2015, s. 7) Rodina má několik základních funkcí, mezi které patří: funkce biologicko-reprodukční, ekonomická, výchovná, emocionální a psychohygienická, ochranná a socializační (Levická, 2004, s. 1-5) Z pohledu zajištění péče o vážně nemocné či postižené členy rodiny je důležitá funkce emocionální a ochranná.

Rodinná péče je důležitou součástí celého systému zajišťování péče o osoby, které tuto péči potřebují. Jak uvádí např. Colombo, typickými neformálními pečovateli, kteří zajišťují intenzivní péči o nesoběstačné osoby jsou právě nejbližší členové rodiny. (Colombo et al., 2011) Závažné onemocnění jednoho z členů rodiny představuje pro každou rodinu výraznou zátěž, která zcela jistě nějakým způsobem ovlivní její fungování. Z aktivního člověka se stane pacient, který se musí, stejně jako jeho nejbližší rodina, vyrovnávat s nečekanou situací – je nutné nějakým způsobem zajistit péči, řešit léčbu, většinou dojde k omezení soběstačnosti, je ovlivněn vztah s partnerem, dětmi, širší rodinou, často dojde také ke snížení příjmů. Nikdo nedokáže říct ani odhadnout, jak dlouhá bude doba, po kterou bude potřeba péči poskytovat. Rozhodnutí dosud zaměstnané blízké osoby, zda odejít ze zaměstnání (často dobře placeného) tak není vůbec snadné. A snadný nebývá ani případný návrat do zaměstnání, protože pečující osoba nemá zajištěnou právní ochranu před ztrátou zaměstnání (a to i přes to, že zaměstnání dočasně opustila kvůli péči o blízkou osobu), ani neměla možnost sledovat vývoj ve své původní profesi.

Jak uvádí Truhlářová (2015, s. 33-34) péče o nesoběstačného člověka v rodině nebo s pomocí rodinných příslušníků je možná pouze za splnění tří základních podmínek:

- rodina musí chtít pečovat
- rodina musí mít podmínky k péči
- rodina musí umět pečovat.

Michalík (2010, s. 12) uvádí, že *„není v současné době v ČR zařízení, které by svou úrovní bylo na vyšším stupni respektování potřeb člověka závislého na péči, než je tomu ve fungující rodině, která má dostatek sil, možností a ochoty tuto péči poskytovat.“*

### **1.2.2 Asistent sociální péče**

V případě nerodinných pečovatelů (kamarád, soused), které opečovávaná osoba uvede při pobírání příspěvku na péči jako poskytovatele pomoci, mluvíme o asistentech sociální péče. Asistentem může být pouze fyzická osoba, která je starší 18 let a je zdravotně způsobilá. Asistent sociální péče je povinen poskytovat pomoc osobně a s osobou, které poskytuje pomoc, uzavřít písemnou smlouvu o poskytování pomoci, ve které musí být uvedeno označení smluvních stran, rozsah pomoci, místo a čas poskytování pomoci a výše úhrady za pomoc. (zákon č. 108/2006, § 83)

### **1.2.3 Rizika na straně pečující osoby**

Pečující osoby tvoří skupinu osob, jejíž sociální situace se stává díky pečovatelskému závazku nepříznivou, současně této situaci nejsou schopni vlastními silami předcházet, ani jí bez podpory a pomoci čelit. Péče o blízkého tak naplňuje parametry nepříznivé sociální události a kvalifikuje pečující osoby jako skupinu ohroženou sociálním vyloučením a potřebnou veřejné podpory. (Geissler a kol., 2019, s. 7)

Dle Twigg a Atkina (1994, s. 10) se rodinní pečující dostávají do svízelné situace zejména kvůli silnému pocitu závazku a zodpovědnosti plynoucího z blízkého vztahu. Od rodinných pečujících se očekává, že laicky, vlastními silami a často bez jakékoliv podpory zvládnou péči, která je i pro profesionály příliš náročná. Tito pečující nemohou poskytování péče jednoduše ukončit nebo omezit, pokud se pečování dostává do střetu s jejich zájmy a potřebami nebo pokud přesahuje jejich možnosti. V pečování často pokračují až za hranici svých sil.

Marin (2009, s. 14) v této souvislosti hovoří o tzv. skrytých nákladech neformální péče, tedy zejména o negativním vlivu na psychické i fyzické zdraví pečujících osob, dopadu na partnerské i příbuzenské vztahy, ztrátu zaměstnání a tím i snížení rodinných příjmů. Je tedy zřejmé, že zajištění péče o blízkou osobu je fyzicky i psychicky velmi náročné. Péče se odráží ve vztazích v celé rodině.

Rizika související s péčí můžeme rozdělit do několika oblastí:

### Rodinné problémy

Péče může probíhat tak, že pečující dochází do domácnosti opečovávaného nebo se nastěhuje k opečovávanému nebo si opečovávaného nastěhuje k sobě (po předchozí domluvě s ostatními členy své rodiny). Rizika se mohou projevit při kterémkoliv způsobu zajištění péče. Mohou se projevit jak ve vztahu mezi pečujícím a opečovávaným (výčitky, pocity zbytečnosti, ...), tak mezi pečujícím a ostatními členy jeho rodiny (rodina se může cítit zanedbávána, odsunuta, mohou se projevit finanční problémy). Stává se, že z rodiny odejde jeden z manželů (nejčastěji ten, který rodinu existenčně zabezpečuje), protože si svůj osobní i pracovní život představuje jinak, což je silnější než vědomí, co jeho odchod způsobí.

### Zdravotní problémy

Vznikají zejména při péči o imobilní osoby. Jsou spojené s vysokou fyzickou námahou při péči o tyto osoby. Se zdravotními problémy souvisejí také problémy psychické – péče může na jedné straně pečujícího bavit, najde v ní uspokojení. Přesto může být na druhé straně ve stresu, který je způsoben nejistotou, zda vše dělá dobře, zda vše zvládne, jak dlouho to takto vydrží, jak by byla zajištěna péče v případě jeho zdravotní indispozice, ... Psychické problémy mohou také souviset s osamělostí pečujícího (opuštění zaměstnání, přerušování kontaktů, žádný „čas pro sebe“, ...). Velkou emociální zátěží se také stává úmrtí opečovávaného. (Špatenková a kol., 2011, s. 69-70)

Např. z výzkumu Kroutilové Novákové a kol. (2012, s. 23) zaměřeného na pečující o osoby ve III. a IV. stupni závislosti na péči jiné osoby vyplynulo, že téměř polovina respondentů se necítí zdráva a stejný počet uváděl zhoršení zdravotního stavu od počátku péče. Téměř 75 % dotázaných vypovědělo, že péči poskytuje bez možnosti si pravidelně odpočinout a 1/3 neměla téměř nikdy možnost se bez vyrušení najíst. Většina pečujících také uvedla, že trpí stavy smutku a deprese – např. proto, že si uvědomují, že se přes veškerou snahu stav a schopnosti opečovávaného nezlepší.

### Finanční problémy

Od rodinných pečovatelů se očekává pravidelná, časově náročná péče. S ohledem na poskytovanou péči jsou tyto pečovatelé dříve nebo později nuceni ukončit své zaměstnání či jiné pracovní aktivity. S rostoucí délkou doby poskytování péče klesá jejich šance na opětovné uplatnění na pracovním trhu, dojde ke ztrátě pracovní kvalifikace. Neformální pečovatelé se často ocitají v bezprostředním riziku ohrožení chudobou.

Na základě výsledků svého výzkumu označily Kroutilová Nováková a kol. (2012, s. 24) finanční poměry pečujících osob za doslova alarmující, neboť

téměř třetina pečovatелů z jejich výzkumného vzorku uvedla, že peníze jim na pokrytí jejich vlastních potřeb nestačí.

### Sociální problémy

Tyto problémy byly částečně popsány v psychických problémech pečujícího. Jsou způsobeny omezením dosud aktivních kontaktů a zájmů pečujícího.

Výše uvedená rizika jsou definována i v Národním plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025. (s. 70)

### **1.3 Sdílená péče**

Sdílená péče je kombinace péče rodinných příslušníků a profesionálních poskytovatelů sociálních služeb. Jejím cílem je umožnit lidem, pokud to je jejich přání, zůstat v domácím prostředí i přes zdravotní omezení a nemoc, a zároveň podpořit a ulehčit roli neformálních pečujících – většinou rodinných příslušníků.

Sdílení péče v domácím prostředí je tedy možné buď s využitím registrovaných zdravotních a sociálních služeb (zde je však častým problémem špatná dostupnost těchto služeb – místní, časová i finanční) nebo v rámci širší rodiny, přátel, sousedů či prostřednictvím dobrovolníků. Lze využít i komerční služby (např. dovážka obědů, úklidové agentury, doprava, ...).

Výhodou sdílené péče je propojení formální a neformální péče, pečujícím tak umožňuje pracovní uplatnění, ale také odpočinek či možnost dělení jejich času mezi ostatní členy rodiny. Zapojení odborníků do péče zároveň umožní využít jejich odbornosti v poskytování péče v domácím prostředí, ať už se jedná o využívání kompenzačních pomůcek, úpravu bariér, tipů a triků při péči. Vzájemná kombinace péče, sdílení informací a znalostí potřebných při péči, celkově zvyšuje příležitosti žít kvalitní život v domácím prostředí a snižuje nároky na pečující osobu tak, aby byla schopna být svému

blízkému oporou po potřebnou dobu. Sdílená péče ale představuje i významnou fyzickou i psychickou podporu pečujících. Tato podpora je důležitá, neboť širší rodina či přátelé často nedokážou pochopit náročnost poskytování péče, pokud s dlouhodobým poskytováním péče sami nemají zkušenost. Sdílená péče pomáhá snížit únavu či pochybnosti pečujících, poskytuje jim potřebné ocenění a také příležitost žít vlastní rodinný a pracovní život. Může tak představovat nepřímý, ale významný nástroj podpory neformální péče, která si v České republice teprve získává potřebnou pozornost. (Fryč a kol., 2021, s. 66, 70)

## 2. Sociální práce a neformální pečující

Sociální pracovníci (na obcích, úřadech práce, v sociálních službách a zdravotnických zařízeních) jsou hlavními profesionály, se kterými přicházejí pečující do kontaktu v situacích, kdy hledají informace o možnostech zajištění péče o své blízké.

Poskytnutí pomoci při řešení nepříznivých sociálních situací vyplývá pro sociální pracovníky i z definic sociální práce. Matoušek definuje sociální práci jako společenskovední disciplínu i oblast praktické činnosti, jejímž cílem je odhalování, zmírňování a řešení sociálních problémů. Sociální práce se opírá jednak o rámec společenské solidarity, jednak o ideál naplňování individuálního lidského potenciálu. Sociální pracovníci pomáhají jednotlivcům, rodinám, skupinám i komunitám dosáhnout nebo navrátit způsobilost k sociálnímu uplatnění. Kromě toho pomáhají vytvářet pro jejich uplatnění příznivé společenské podmínky. Sociální práce je hlavním nástrojem či zdrojem při zprostředkování a následném poskytování sociální pomoci. (Matoušek, 2008, s. 200)

Americká Národní asociace sociálních pracovníků (NASW) definuje sociální práci následovně: *„Sociální práce je profesionální aktivita zaměřená na pomáhání jednotlivcům, skupinám či komunitám zlepšit nebo obnovit jejich schopnost sociálního fungování a na tvorbu společenských podmínek příznivých pro tento cíl.“* (Matoušek, 2007, s. 184)

Jak uvádí Michalík, mezi pomáhající profese jsou zařazeni sociální pracovníci, psychologové, lékaři, terapeuti (např. psychoterapeuti, fyzioterapeuti), vychovatelé, speciální či sociální pedagogové. To znamená, že se jedná o profese orientované na potřeby člověka a jejich podstatným rysem je takové jednání vůči druhému člověku, které je zaměřeno na řešení jeho potřeb a poskytování podpory a pomoci. Důležitým znakem je rovněž



zaměřením na individuální potřeby jedince a další charakteristikou vyplývající z jejich podstaty je pomoc a podpora člověku jako hlavní cíl a zároveň důvod jejich existence. (Michalík, 2011, s. 14)

Michalík řadí mezi specifickou činnost pomáhajících profesí poradenství, které charakterizuje jako soubor aktivit a činností zaměřených na cílenou podporu, provázení a pomoc klientovi této služby, kdy rozhodujícími aktivitami jsou informace, rada, zprostředkování, vedení, zastupování, návrh programu řešení apod. Poradenství je jednou z nejrozšířenějších činností v pomáhajících profesích. (Michalík, 2011, s. 16)

Pečující, ale i ti, kteří se náhle stali závislími, jsou většinou nepřipraveni postavení do situace, ve které hledají odpověď na otázky typu „A co teď?“, „A co dál?“, „Kde?“, „Jak?“ Ptají se svých známých, hledají na internetu...

Ze závěrů některých výzkumů (např. Šimoník, 2015, s. 29 nebo Kotrusová a kol., 2013, s. 18) vyplynulo, že získávání informací týkajících se zajištění pomoci je pro pečující velmi obtížné a vyčerpávající.

Zde je sledován problém na straně sociálních pracovníků různých institucí ale i dalších pracovníků pomáhajících profesí, kteří jsou většinou prvními osobami, se kterými rodiny na počátku péče přicházejí do kontaktu. Jako další je zmiňováno nedostatečné propojení zdravotnického a sociálního systému. Přitom lze říct, že poskytnutí ucelených informací je to nejmenší, co je možné pro pečující v každém okamžiku udělat.

## **2.1 Sociální pracovník**

Činnosti sociálního pracovníka jsou vyjmenovány v § 109 zákona o sociálních službách. Zde je uvedeno, že *„sociální pracovník vykonává sociální šetření, zabezpečuje sociální agendy včetně řešení sociálně právních problémů v zařízeních poskytujících služby sociální péče, sociálně právní poradenství, analytickou, metodickou a koncepční činnost v sociální oblasti, odborné činnosti*

*v zařízeních poskytujících služby sociální prevence, depistážní činnost, poskytování krizové pomoci, sociální poradenství a sociální rehabilitace, zjišťuje potřeby obyvatel obce a kraje a koordinuje poskytování sociálních služeb“.*

Jak vyplývá z definice sociální práce i definice pomáhajících profesí, měli by být pracovníci těchto profesí v rámci svých kompetencí schopni odpovědět na kladené otázky, měli by umět poradit, jakým způsobem by bylo možné tu kterou situaci vyřešit, případně kam se obrátit s dotazy, na které odpovědět nedokážou. Z vlastní zkušenosti mohu říct, že spoustu pečujících přichází s tím, že se o příspěvcích dozvěděli náhodou, nevěděli, že něco existuje, nikdo jim nic neřekl.

V situaci rodin, které se snaží zajistit péči o své blízké, by jak sociální, tak zdravotně sociální pracovníci měli být schopni komunikovat s nemocnými, postiženými i jejich blízkými, poskytnout ucelené informace o možnostech zajištění péče, o dávkách a příspěvcích ze všech sociálních systémů. Měli by také nabídnout pomoc při vyplnění potřebných žádostí a tiskopisů. Je vhodné se též zajímat o příjmovou situaci nemocného a jeho rodiny – výpadek nebo snížení příjmu může být velmi problematické (placení nákladů na bydlení, splácení půjček, ...).

## **2.2 Zdravotně sociální pracovník**

Důležitou roli při řešení situace klienta během léčby a po léčbě ve zdravotnickém zařízení hraje zdravotně sociální pracovník. *„Sociální pracovník ve zdravotnickém zařízení hraje významnou úlohu v zahájení složitého procesu zdravotně sociální rehabilitace.“* (Kuzníková a kol, 2012, s. 11). Jak uvádí Novosad (2006, s. 123) *„kontinuální proces zdravotně-sociální rehabilitace vede nejen k udržení reálně dosažitelné kvality života pacienta, ale zároveň působí jako významný preventivní faktor, snižující možnost brzkého návratu pacienta zpět do zdravotnického zařízení.“* Činnosti zdravotně sociálního pracovníka vymezuje vyhláška č. 55/2011 Sb. Dle § 9 vykonává zdravotně sociální

pracovník tyto činnosti: provádí sociální prevenci včetně depistážní činnosti. Depistážní činnost je zaměřena na vyhledávání jedinců, kteří se v důsledku své nemoci nebo nemoci blízkých osob mohou ocitnout v tíživé sociální situaci nebo se do ní už dostali. Zdravotně sociální pracovník může provádět sociální šetření u pacientů a posuzovat životní situace pacienta ve vztahu k onemocnění nebo k jeho následkům. Dále může dle potřeby objektivizovat rozbor sociální situace návštěvní službou v rodinách, na základě spolupráce s orgány veřejné správy, popřípadě dalšími subjekty, a o zjištěných skutečnostech zpracovávat zprávu o posouzení životní situace pacienta. Zdravotně sociální pracovník připravuje a organizuje rekondiční pobyty pacientů ve spolupráci s ostatními odborníky pečujícími o pacienta a s nimi též připravuje pacienta na propuštění do domácího ošetřování, popř. zajišťuje následnou péči a služby. Dále se také účastní integrace pacientů, kteří takovou pomoc potřebují v důsledku chybějících fyzických, psychických nebo sociálních schopností, narušených sociálních vztahů nebo jiných překážek do společenského prostředí; k aktivní účasti na této integraci získává pacienty a jejich sociální okolí. To vše by se mělo odehrávat ve spolupráci s rodinou pacienta-klienta.

### 3. Dokumenty zabývající se podporou neformální péče

#### 3.1 Dokumenty celostátní

V současné době zatím neexistuje jednotný celostátní dokument zabývající se problematikou pečujících. Téma je zmiňováno např. v Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025, Konceptu rodinné politiky 2017, Strategii sociálního začleňování 2021-2030 nebo Národním plánu podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025.

**Národní strategie** popisuje nedostatečnou podporu pečujících a jejich nejisté postavení. Za důležité považuje vzdělávání pečujících a potřebu psychologické podpory a pomoci. Ve strategii jsou také stanoveny následující cíle – zvýšení sociálně-finančního zabezpečení pečujících osob; zvýšení podpory pečujících osob prostřednictvím sociálních a zdravotních služeb (včetně vyčlenění kapacity odlehčovací služby a pečovatelské služby pro případy, kdy rodina nemůže náhle zabezpečit péči) (MPSV, 2016, s. 75); zlepšení informovanosti a vzdělávání pečujících osob, opečovávaných osob a veřejnosti; zvýšení podpory neformálních pečovatelů ze strany veřejné správy. (MPSV, 2016, s. 60) Jedním z navrhovaných opatření je také to, aby v rámci vymezení nepříznivé sociální situace byl zahrnut stav, kdy není možné z důvodu náhlé situace v rodině pečovat.

**Koncepce rodinné politiky** zařazuje mezi potřeby rodin i podporu neformální péče. Zdůrazňuje přitom demografické změny ve společnosti a vychází z předpokladu, že řešením není budování kapacit pobytových zařízení. Navrhuje opatření spadající do působnosti MPSV, Ministerstva financí, MŠMT a Ministerstva zdravotnictví: *„Příprava komplexního návrhu finančního a společenského ocenění péče včetně diskuse o zásadním zlepšení situace neformálních pečovatelů včetně jejich vzdělávání, respitních služeb pro ně*

*a o reformě a rozšíření terénních sociálních služeb a sociální práce. Tato debata by měla zahrnovat také aspekty zaměstnanosti, dopady na sociální, zdravotní i vzdělávací systém i do důchodového systému.“ (MPSV, 2017, s. 49)*

**Strategie sociálního začleňování** (MPSV, 2020, s. 58-59) zmiňuje okrajově pečující v souvislosti s nedostatkem vhodných pracovních míst pro osoby se zvýšenou potřebou sladit osobní a pracovní život (z důvodu péče o děti či další závislé osoby).

**Národní plán podpory rovných příležitostí** zdůrazňuje nezbytnost zajištění informovanosti pečujících osob včetně rozvoje znalostí v oblasti etiky při poskytování této péče, za důležité považuje zpracování informačních materiálů pro pečující osoby týkající se jejich postavení, jejich práv a povinností a zajistit distribuci těchto materiálů. (s. 47) Dále je vyzdvihována neformální péče zajišťovaná zejména rodinnými příslušníky jako nejdůležitější forma pomoci při zajišťování dlouhodobé péče v domácím prostředí. Konstatuje, že vysoká náročnost spojená s péčí o osobu blízkou se promítá nejen do života osoby závislé na pomoci jiné fyzické osoby, ale také do všech aspektů života ostatních členů rodiny. Za nezbytné považuje přijetí a podporování takových opatření, která by pečujícím osobám zajistila vedle potřebného hmotného zabezpečení také možnost využívat odpovídající sociální služby (zejména poradenské a odlehčovací) a další vhodnou podporu tak, aby byly minimalizovány negativní dopady související s výkonem této péče. Je také navrhováno zařazení neformálních pečujících do cílových skupin sociálních služeb. (s. 70-71)

Podpora pečujících osob byla zmiňována v Národním akčním plánu podporujícím pozitivní stárnutí pro období let 2013 až 2017. Důležitost těchto pečujících zde byla řešena v souvislosti s péčí o seniory. Podpora pečujících byla popsána v jednom ze strategických cílů a v opatřeních pro jeho naplnění. Mezi tato opatření patřila realizace informační a osvětové kampaně

o možnostech péče rodinnými pečujícími za účelem zvýšení jejich motivace a prestiže; koncepční řešení podpory pečujících jak finančně, tak legislativně – zřízením institutu pečovatelského volna, usnadnit návrat do zaměstnání pro osoby nad 50 let pečujících o blízkou osobu a vyhodnocení příspěvku na péči. (MPSV, 2014) Dle zpráv o plnění Národního akčního plánu bylo opatření týkající se pečovatelského volna naplněno zavedením nové dávky nemocenského pojištění, tzv. dlouhodobé ošetřovné (od 1.6.2018).

Na tento plán měla navázat Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019-2025. V roce 2020 byl návrh materiálu přejmenován na Strategický rámec přípravy na stárnutí společnosti 2020–2025. Materiál dosud nebyl projednán na jednání vlády – již několikrát byl zařazen na jednání vlády, vždy byl však z jednání vlády stažen. V kapitole Neformální péče jsou shrnuty základní problémy neformálních pečujících – negativní dopady péče na pečující (zhoršení finanční situace, zhoršení tělesného a duševního zdraví, zhoršení vztahů s rodinou a omezení či odchod ze zaměstnání), které se zvyšují s intenzitou péče; nedostatečně rozvinutá síť sociálních služeb, zejména těch podpůrných, jako jsou krátkodobé odlehčovací služby, poradenství a osobní asistence. Pečující nejsou rozpoznáni jako cílová skupina sociálních služeb, potýkají se s problémy na trhu práce během péče či při návratu do zaměstnání po ukončení péče, dochází u nich ke snížení příjmů ze zaměstnání i ze systému sociální ochrany, ztrácejí kontakt s profesním prostředím a snižuje se jejich kvalifikace. Pečující často nemají možnost si přivydělat, mnoho z nich se tak ocitá na hranici chudoby a opět vyžadují dodatečnou pomoc od státu, např. v podobě sociálních dávek. Ve většině případů jsou pečujícími ženy. Ty pak kvůli nutnosti pečovat o blízké seniory nevydělávají a častěji odcházejí do předčasného důchodu, kvůli čemuž mají

do konce života snížený přiznaný starobní důchod a opět tak častěji čelí chudobě ve stáří.

Na toto shrnutí navazuje Desatero přípravy na stárnutí společnosti, kde je v bodě 4 nazvaném Podpora sandwichové generace a neformálních a rodinných pečujících navrženo zahrnutí neformálních pečujících do cílových skupin sociálních služeb a posílení terénních a odlehčovacích služeb. Dále je zde uvedeno zvážení možnosti zřízení center specializovaných na podporu neformálních pečujících. (MPSV, 2019)

### **3.2 Dokumenty krajské**

Pardubický kraj řeší situaci pečujících osob v dokumentu nazvaném Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2019-2021. Problematika pečujících je řešena v části týkající se oblasti zdraví a zdravotní péče a v oblasti sociálních věcí. V oblasti zdraví je stanoven cíl, dle kterého je třeba podporovat informovanost v oblasti péče o osobu se zdravotním postižením, včetně vzdělávání zdravotnické veřejnosti v problematice zdravotního postižení. Tohoto cíle chce dosáhnout prostřednictvím poskytování informačních materiálů týkajících se problematiky osob se zdravotním postižením lékařům a doporučit jejich distribuci pacientům a pečujícím osobám, tak aby získali potřebné informace pro zajištění návaznosti služeb. (s. 18) V oblasti sociálních věcí je stanoven cíl podpory osob pečujících o osoby se zdravotním postižením, čehož chce dosáhnout podporou sociálních služeb pomáhajících rodinným příslušníkům při péči o osobu blízkou v přirozeném prostředí, dále chce podporovat projekty a aktivity zaměřené na podporu pečujících osob, tj. edukaci v oblasti péče o osobu blízkou, prevence syndromu vyhoření, duševní hygieny pečujících. V neposlední řadě chce vytvořit brožuru s užitečnými kontakty pro lepší orientaci pečujících osob a dalších možnostech pomoci. (s. 26)

Dalším dokumentem je Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2019-2021 – kde jsou pečující osoby zmiňovány v souvislosti se zajištěním péče o seniory - potřeba vytvoření kapacit pro řešení krizových situací, tj. zajištění péče o seniory u kterých došlo k náhlému zhoršení zdravotního stavu, jejichž pečující osoba není dále schopna vykonávat potřebnou péči apod. (s. 24) Dále při zajištění péče o osoby se zdravotním postižením - navržení modelu péče pro zajištění akutní potřeby péče a odlehčení pro osoby, o které pečuje rodina, rozvoj kapacit a dostupnosti služeb sociální péče podporujících osoby se zdravotním postižením a jejich pečující osoby v přirozeném prostředí. (s. 40-41) V neposlední řadě je uváděna potřebná dostupnost poradenských služeb pro osoby se zdravotním postižením a jejich blízké. (s. 45)

K pečujícím osobám je ve střednědobém plánu (s. 25) také uvedeno, že příbuzní a blízcí seniorů jsou zásadním poskytovatelem pomoci, a proto je potřeba poskytovat jim pomoc a podporu jak v oblasti péče (spoluposkytování péče, nácvik péče, poradenství), tak v oblasti jejich duševního i fyzického zdraví (odlehčení, poradenství, terapie, sdílení zkušeností apod.).

### **3.3 Dokumenty regionální**

V rámci komunitního plánování sociálních služeb na Orlickoústecku je vypracován Střednědobý plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Ústí nad Orlicí a okolí na období 2020–2023. Střednědobý plán definuje současné spektrum sociálních a souvisejících služeb s ohledem na jejich budoucí rozvoj. Zároveň popisuje jednotlivé oblasti činnosti dle vymezených pracovních skupin, stanovuje základní vizi a principy péče včetně konkrétních cílů.

Součástí střednědobého plánu je každoročně aktualizovaný Akční plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb, který reaguje v daný čas na aktuální



potřeby. Oba tyto dokumenty jsou důležité nejen pro poskytovatele sociálních služeb, ale také mají za úkol napomáhat v lepší orientaci v sociální oblasti všem občanům.

Pečující jsou ve střednědobém plánu zmiňováni v souvislosti s cílovou skupinou osob se zdravotním postižením, podrobnější způsob podpory popsán není.

### **3.3.1 Charakteristika regionu**

Město Ústí nad Orlicí je obcí s rozšířenou působností (ORP) a nachází se ve Východních Čechách na území Pardubického kraje v údolí soutoku řek Tiché Orlice a Třebovky v podhůří Orlických hor.

Správní obvod ORP Ústí nad Orlicí leží v severní části Pardubického kraje a na severu hraničí s Královéhradeckým krajem a obcemi Žamberska. Na východě sousedí s Lanškrounskem, na jihu s Českotřebovskem a Litomyšlskem. Západní částí hraničí se správním obvodem Vysoké Mýto. ORP Ústí nad Orlicí představuje 4,2 % rozlohy kraje a po Českotřebovsku a Králícku se jedná o třetí nejmenší obvod v Pardubickém kraji. Do správního obvodu ORP patří 16 obcí: Brandýs nad Orlicí, České Libchavy, Dolní Dobrouč, Dlouhá Třebová, Hnátnice, Hrádek, Jehnědí, Libchavy, Orlické Podhůří, Řetová, Řetůvka, Sopotnice, Sudislav nad Orlicí, Ústí nad Orlicí, Velká Skrovnice a Voděrady.

Podle ČSÚ žilo ve správním obvodu ORP Ústí nad Orlicí k 31.12.2020 celkem 26 511 obyvatel, z toho 13 158 mužů a 13 353 žen. Samotné město Ústí nad Orlicí mělo ke stejnému datu celkem 14 209 evidovaných obyvatel, z toho 6 961 mužů a 7 248 žen. Průměrný věk obyvatelstva ORP byl 44 let.

### **3.3.2 Služby dostupné v regionu**

V rámci komunitního plánování je také pravidelně vydáván Katalog sociálních a souvisejících služeb Ústí nad Orlicí a okolí. Katalog je dostupný

v elektronické i tištěné podobě. Z katalogu jsem vybrala služby vhodné pro osoby závislé i pečující, které jsem si vybrala pro svoji diplomovou práci, tedy pečující i závislí na péči jsou osoby v produktivním věku. Služby jsou seřazeny abecedně.

Centrum komplexní péče CZ, s.r.o. (CKP CZ) - poskytuje zdravotně ošetrovatelskou činnost a paliativní péči (v úzké spolupráci s praktickým lékařem, služba je poskytována v domácím prostředí, nepřetržitě, dle domluvy a je plně hrazena zdravotními pojišťovnami), dále provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek a zajišťuje dopravu seniorů či klientů CKP CZ.

Centrum pro zdravotně postižené a seniory Pardubického kraje, o.p.s. - poskytuje odborné sociální poradenství, osobní asistenci a sociální rehabilitaci. Více informací na [www.czp-pk.cz](http://www.czp-pk.cz).

Centrum sociální péče města Ústí nad Orlicí – poskytuje pečovatelskou službu ve spádových obcích. Dále provozuje Týdenní stacionář. Více informací na [www.csp-uo.cz](http://www.csp-uo.cz).

Domov důchodců Ústí nad Orlicí – kromě dalších služeb poskytuje odlehčovací službu a odborné sociální poradenství (poradna pro Alzheimerovu chorobu). Více informací na [www.dduo.cz](http://www.dduo.cz).

KONTAKT Ústí nad Orlicí (Linka důvěry Pardubického kraje) – poskytuje telefonickou krizovou pomoc pro osoby v obtížné životní situaci. Služba je poskytována nepřetržitě. Více informací na [www.linkaduveryuo.cz](http://www.linkaduveryuo.cz).

Oblastní charita Ústí nad Orlicí – poskytuje odborné sociální poradenství (v oblastech sociální pomoci, bydlení, sociálních dávek, pracovních a mezilidských vztahů, rodiny apod. - informace jsou poskytovány bezplatně; pečovatelskou službu; osobní asistenci; domácí zdravotní péči (péče je ordinována lékařem a hrazena zdravotními pojišťovnami, je

poskytována nepřetržitě v domácím prostředí nemocného); provozuje půjčovnu kompenzačních pomůcek. Poskytuje domácí hospicovou péči (Domácí hospic Alfa-Omega – komplexní péče o pacienta zahrnující péči lékařskou, zdravotní, psychologickou, sociální, popřípadě duchovní a podporu pozůstalých). Klub Alfa-Omega pořádá také pravidelná setkávání lidí (1x měsíčně), kteří ztratili blízkého člověka a potřebují sdílet prožitě. Více informací na [www.uo.charita.cz](http://www.uo.charita.cz).

Pečovatelská služba města Brandýs nad Orlicí – je poskytována pouze ve městě Brandýs nad Orlicí. Více informací na [www.mesto-brandys.cz](http://www.mesto-brandys.cz).

Pečovatelská služba obce Dolní Dobrouč – je poskytována v obci Dolní Dobrouč a jejích částech Horní Dobrouč a Lanšperk. Více informací na [www.dolnidobrouc.cz](http://www.dolnidobrouc.cz).

Poradna pro rodinu Pardubického kraje – poskytuje odborné sociální poradenství občanům v obtížných životních situacích. Více informací na [www.poradnapardubice.cz](http://www.poradnapardubice.cz).

## **4. Možnosti podpory**

### **4.1 Poradenství**

Sociální poradenství je definováno v zákoně o sociálních službách a zahrnuje základní sociální poradenství a odborné sociální poradenství.

Základní sociální poradenství poskytuje osobám potřebné informace přispívající k řešení jejich nepříznivé sociální situace. Jedná se o základní činnost při poskytování všech druhů sociálních služeb; poskytovatelé sociálních služeb jsou vždy povinni tuto činnost zajistit (zákon 108/2006, § 37) Základní sociální poradenství se při poskytování sociálních služeb zajišťuje v rozsahu těchto úkonů: poskytnutí informace směřující k řešení nepříznivé sociální situace prostřednictvím sociální služby; poskytnutí informace o možnostech výběru druhu sociálních služeb podle potřeb osob a o jiných formách pomoci, například o dávkách pomoci v hmotné nouzi a dávkách sociální péče; poskytnutí informace o základních právech a povinnostech osoby, zejména v souvislosti s poskytováním sociálních služeb, a o možnostech využívání běžně dostupných zdrojů pro zabránění sociálního vyloučení a zabránění vzniku závislosti na sociální službě; poskytnutí informace o možnostech podpory členů rodiny v případech, kdy se spolupodílejí na péči o osobu. (vyhláška 505/2006, § 3)

Odborné sociální poradenství je poskytováno se zaměřením na potřeby jednotlivých okruhů sociálních skupin osob v občanských poradnách, manželských a rodinných poradnách, poradnách pro seniory, poradnách pro osoby se zdravotním postižením, poradnách pro oběti trestných činů a domácího násilí a ve speciálních lůžkových zdravotnických zařízeních hospicového typu; zahrnuje též sociální práci s osobami, jejichž způsob života může vést ke konfliktu se společností. (zákon 108/2006, § 37)

## 4.2 Příspěvek na péči

Příspěvek je poskytován na základě zákona č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění a Vyhlášky č. 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů.

Příspěvek na péči se poskytuje osobám závislým na pomoci jiné fyzické osoby. Tímto příspěvkem se stát podílí na zajištění sociálních služeb nebo jiných forem pomoci podle zákona o sociálních službách při zvládání základních životních potřeb.

Nárok na příspěvek má osoba, která z důvodu dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu (stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok a který omezuje funkční schopnosti nutné pro zvládání základních životních potřeb – ZŽP) potřebuje pomoc jiné fyzické osoby při zvládání ZŽP v rozsahu stanoveném stupněm závislosti, pokud jí tuto pomoc poskytují v zákoně uvedení poskytovatelé pomoci. Mezi těmito poskytovateli je uvedena i osoba blízká. Zákon o sociálních službách při definici osoby blízké odkazuje na § 116 zrušeného zákona č. 40/1964, Sb., občanský zákoník. Zde byla tato definice osoby blízké: *“Osobou blízkou je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel, partner; jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, jestliže by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní”*.

V zákoně č. 89/2012 Sb., občanský zákoník je osoba blízká definována v § 22 takto: *“Osoba blízká je příbuzný v řadě přímé, sourozenec a manžel nebo partner podle jiného zákona upravujícího registrované partnerství (dále jen „partner“); jiné osoby v poměru rodinném nebo obdobném se pokládají za osoby sobě navzájem blízké, pokud by újmu, kterou utrpěla jedna z nich, druhá důvodně pociťovala jako újmu vlastní. Má se za to, že osobami blízkými jsou i osoby sešvagřené nebo osoby, které spolu tvořile žijí.”*

Zákon 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, definuje osobu blízkou v § 24 odst. 1 následovně: „Za osoby blízké se pro účely tohoto zákona považují manželé, příbuzní v řadě přímé, děti uvedené v § 20 odst. 1, sourozenci, zeť, snacha a manžel rodiče, a to kteréhokoli z manželů.“

Zde považuji za problematické odkazování na zrušený zákon či nejednotné a odlišné vymezení osob blízkých v různých zákonech, které dobu poskytování péče zohledňují v dalších nárocích pečujících osob.

O výše uvedeném příspěvku rozhoduje krajská pobočka Úřadu práce ČR (ÚP ČR) dle místa trvalého pobytu žadatele.

Žádost o příspěvek na péči (nebo návrh na změnu výše přiznaného příspěvku na péči) se podává na tiskopisu předepsaném MPSV na ÚP ČR. K žádosti je třeba doložit „Oznámení o poskytovateli pomoci“. Zde žadatel uvede, kdo mu bude poskytovat pomoc – zda osoba blízká, asistent sociální péče nebo registrovaný poskytovatel sociálních služeb. Je možné uvést i více poskytovatelů. Po podání žádosti (návrhu na změnu výše) proběhne v místě bydliště žadatele sociální šetření a následně je požádána okresní správa sociálního zabezpečení o posouzení stupně závislosti žadatele. Pokud žadatel neumožní provedení sociálního šetření nebo se odmítne podrobit vyšetření zdravotního stavu, může mu být příspěvek na péči nepřiznán. V případě přiznání příspěvku, je tento většinou přiznán a vyplacen od měsíce, kdy byla podána žádost. O odvolání rozhoduje MPSV, odvolání se podává prostřednictvím pracoviště ÚP ČR, které vydalo napadené rozhodnutí.

Při posuzování stupně závislosti osoby se hodnotí schopnost zvládat tyto ZŽP: mobilita, orientace, komunikace, stravování, oblékání a obouvání, tělesná hygiena, výkon fyziologické potřeby, péče o zdraví, osobní aktivity a péče o domácnost.

Výše příspěvku pro osoby starší 18 let činí za kalendářní měsíc:

- 880 Kč, jde-li o stupeň I (lehká závislost) – pokud osoba nezvládá 3-4 ZŽP
- 4400 Kč, jde-li o stupeň II (středně těžká závislost) – pokud osoba nezvládá 5-6 ZŽP
- 8800 Kč, jde-li o stupeň III (těžká závislost) – pokud osoba nezvládá 7-8 ZŽP a pokud jí poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, nebo 12 800 Kč v ostatních případech.
- 13200 Kč, jde-li o stupeň IV (úplná závislost) – pokud osoba nezvládá 9-10 ZŽP a pokud jí poskytuje pomoc poskytovatel pobytových sociálních služeb anebo speciální lůžkové zdravotnické zařízení hospicového typu, nebo 19200 Kč v ostatních případech.

Na základě přijaté novely zákona dojde od 01.01.2022 ke sjednocení výše příspěvku na péči ve III. a IV. stupni závislosti, kdy již nebude výše příspěvku závislá na typu poskytovatele pomoci. Nově budou tyto částky ve III. stupni závislosti pro osoby starší 18 let ve výši 12800,- Kč měsíčně a ve IV. stupni závislosti ve výši 19200,- Kč měsíčně. (zákon 328/2021)

Podpora pro pečující osobu z příspěvku na péči plyne nepřímo i přímo – příjemcem příspěvku je osoba závislá na péči. Ta by si z příspěvku měla hradit pomoc, kterou jí zajišťuje pečující osoba. Pokud je pečující osoba uvedena v oznámení o poskytovateli a příjemce příspěvku na péči pobírá příspěvek ve II. – IV. stupni závislosti, je za tuto osobu hrazeno zdravotní a sociální pojištění a doba péče se jí započítává jako náhradní doba pro nárok na důchod.

### **4.3 Průkaz osoby se zdravotním postižením (OZP) a příspěvek na mobilitu**

Posuzování nároku na průkaz OZP upravuje zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, ve znění pozdějších předpisů.

Dle tohoto zákona má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením osoba starší jednoho roku s tělesným, smyslovým nebo duševním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu, které podstatně omezuje její schopnost pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.

Zákon rozlišuje 3 typy průkazů OZP – TP, ZTP a ZTP

- nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „TP“ (průkaz TP) má osoba se středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti nebo orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra. Středně těžkým funkčním postižením pohyblivosti se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna samostatné pohyblivosti v domácím prostředí, v exteriéru je schopna chůze se sníženým dosahem a má problémy při chůzi okolo překážek a na nerovném terénu. Středně těžkým funkčním postižením orientace se rozumí stav, kdy osoba je při dlouhodobě nepříznivém zdravotním stavu schopna spolehlivé orientace v domácím prostředí a zhoršenou schopnost orientace má jen v exteriéru.
- nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ (průkaz ZTP) má osoba s těžkým funkčním postižením pohyblivosti, komunikace a orientace, včetně osob s poruchou autistického spektra.



- nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP/P“ (průkaz ZTP/P) má osoba se zvlášť těžkým funkčním postižením nebo úplným postižením pohyblivosti nebo orientace s potřebou průvodce, včetně osob s poruchou autistického spektra.

To, které zdravotní stavy lze považovat za podstatné omezení schopnosti pohyblivosti a orientace pro jednotlivé typy průkazů, stanoví příloha č. 4 vyhlášky č. 388/2011 Sb.

Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky ÚP ČR v místě trvalého pobytu žadatele.

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením upravuje také některé nároky držitelů jednotlivých typů průkazů osoby se zdravotním postižením.

K průkazu OZP označenému „ZTP“ nebo „ZTP/P“ náleží parkovací průkaz označující vozidlo přepravující osobu těžce zdravotně postiženou. Parkovací průkaz pro OZP vydá příslušný obecní úřad obce s rozšířenou působností osobě, která je držitelem průkazu ZTP s výjimkou postižených úplnou nebo praktickou hluchotou nebo držitelem průkazu ZTP/P. (zákon č. 361/2000 Sb., § 67)

Dále je s průkazem OZP s označením „ZTP“ nebo „ZTP/P“ spojen nárok na příspěvek na mobilitu. (zákon č. 329/2011 Sb., § 6 - § 7, § 14). Nárok na příspěvek na mobilitu má osoba starší 1 roku, která má nárok na průkaz osoby se zdravotním postižením označený symbolem „ZTP“ nebo „ZTP/P“, opakovaně se v kalendářním měsíci za úhradu dopravuje nebo je dopravována a nejsou jí poskytovány pobytové sociální služby podle zákona o sociálních službách v domově pro osoby se zdravotním postižením,

v domově pro seniory, v domově se zvláštním režimem nebo ve zdravotnickém zařízení ústavní péče.

O příspěvek na mobilitu je vhodné požádat současně s žádostí o přiznání nároku na průkaz OZP, protože dávku lze přiznat od data podání žádosti (nikoli zpětně). Výše příspěvku na mobilitu činí 550 Kč měsíčně.

Podpora pečující osoby u průkazu OZP i příspěvku na mobilitu je také nepřímá. Držitelem průkazu i příjemcem příspěvku na mobilitu je osoba se zdravotním postižením. Pečující osoby se mohou dotýkat některé výhody plynoucí z průkazu OZP – bezplatná doprava veřejnými hromadnými dopravními prostředky v pravidelné vnitrostátní osobní hromadné dopravě, pokud cestuje jako průvodce držitele průkazu ZTP/P, výhody plynoucí z parkovacího průkazu, pokud dopravuje OZP. Je však třeba podotknout, že to, co zákonodárce i většina veřejnosti vnímá jako výhody, je ve skutečnosti pouze částečná kompenzace omezení, která má opečovávaná osoba v důsledku svého nepříznivého zdravotního stavu.

#### **4.4 Příspěvek na zvláštní pomůcku**

Zákon č. 329/2011 Sb., v platném znění, upravuje také příspěvek na zvláštní pomůcku. Dle tohoto zákona má nárok na příspěvek na zvláštní pomůcku osoba se zdravotním postižením charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu uvedeným v příloze tohoto zákona, a její zdravotní stav nevyklučuje přiznání tohoto příspěvku. Za dlouhodobě nepříznivý zdravotní stav se pro účely tohoto zákona považuje nepříznivý zdravotní stav, který podle poznatků lékařské vědy trvá nebo má trvat déle než 1 rok. Zdravotní postižení charakteru dlouhodobě nepříznivého zdravotního stavu odůvodňující přiznání příspěvku na zvláštní pomůcku a zdravotní stavy vylučující jeho přiznání jsou uvedeny v příloze k tomuto zákonu.

Zákon upravuje podmínky nároku na příspěvek na zvláštní pomůcku i stanovení výše příspěvku. Příspěvek se poskytuje na zvláštní pomůcku v základním provedení, které osobě vzhledem k jejímu zdravotnímu postižení plně vyhovuje a splňuje podmínku nejmenší ekonomické náročnosti. V příloze č. 1 vyhlášky č. 388/2001 Sb., je uveden seznam druhů a typů zvláštních pomůcek určených osobám se zdravotním postižením, na jejichž pořízení se poskytuje příspěvek. To se však netýká pomůcek, hrazených nebo částečně hrazených ze zdravotního pojištění, přičemž kombinace obou příspěvků není možná.

Žádost se podává na kontaktním pracovišti krajské pobočky ÚP ČR, v místě trvalého pobytu žadatele o příspěvek.

Dle typu zdravotního postižení a věku žadatele lze takto např. požádat o příspěvek na pořízení motorového vozidla, schodolez, stropní zvedací systémy, stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny a WC a další pomůcky pro osoby s těžkou vadou nosného nebo pohybového ústrojí, s mentálním a kombinovaným postižením; příspěvek na různé pomůcky pro těžce zrakově postižené osoby – pomůcky s hlasovým výstupem, kamerová zvětšovací lupa, vodící pes, atd.; příspěvek pro těžce sluchově postižené osoby – různé signalizační systémy nahrazující zvukové signály světelnou či vibrační signalizací. Při rozhodování o příspěvku na pomůcku, která není uvedena v příloze č. 1 vyhl. 388/2001 Sb., se posuzuje, zda je tato konkrétní pomůcka z hlediska využití srovnatelná s druhy a typy pomůcek uvedenými v příloze.

Opět zde najdeme nepřímou podporu pečující osoby – o příspěvek si žádá a vlastníkem pomůcky je osoba se zdravotním postižením. Je možné požádat o příspěvek na pořízení motorového vozidla – je tak možné pořídit vozidlo, které umožní jednodušší přepravu osoby se zdravotním postižením (vyšší vozidlo – snadnější nastupování a vystupování, více prostoru ve vozidle

- snadnější přeprava kompenzačních pomůcek), dále je možné využít příspěvek na stavební práce spojené s uzpůsobením koupelny
- zjednodušení pomoci při provádění osobní hygieny.

#### **4.5 Dlouhodobé ošetrovné**

Dlouhodobé ošetrovné je od 01.06.2018 novou dávkou českého systému nemocenského pojištění (stejně jako již dříve zavedené nemocenské, ošetrovné, peněžitá pomoc v mateřství, otcovská a vyrovnávací příspěvek v těhotenství a mateřství). Umožňuje zůstat doma v situaci, kdy lidé přechodně pečují o člena rodiny, u kterého ošetroující lékař zdravotnického zařízení poskytujícího lůžkovou péči (zpravidla nemocnice) rozhodl, že potřebuje po propuštění z hospitalizace celodenní domácí péči. Dále také poskytuje prostor pro případné následné rozhodnutí rodiny, jak se o svého blízkého postarat v případě, kdy lze očekávat, že bude vyžadovat péči přesahující dobu poskytování ošetrovného. Jednou z možností může být žádost o příspěvek na péči. Okruh osob, kterým může za splnění podmínek vzniknout nárok na dlouhodobé ošetrovné z důvodu poskytování dlouhodobé péče je poměrně široký. Mohou jimi být příbuzní osoby vyžadující dlouhodobou péči (např. manželka, dospělý potomek, tchyně, švagr, neteř nebo snacha apod.), dále to také může být druh nebo družka ošetrované osoby anebo osoba žijící s ošetrovanou osobou v domácnosti. U osob bez přímého příbuzenského vztahu je zákonem stanovena podmínka společného místa trvalého pobytu s osobou, které je poskytována celodenní péče. Základní podmínkou je účast pečující osoby na nemocenském pojištění. Současně musí být u ošetrované osoby splněna podmínka hospitalizace, která trvala minimálně 7 po sobě jdoucích kalendářních dnů. Zdravotní stav ošetrované osoby po propuštění z hospitalizace do domácího prostředí musí nezbytně vyžadovat dlouhodobou péči dalších alespoň 30 kalendářních dnů. Rozhodnutí o potřebě dlouhodobé péče vystaví lékař v den propuštění

z hospitalizace, později ho už není možné vydat. Výše dlouhodobého ošetrovného je 60 % redukováného denního vyměřovacího základu za kalendářní den a čerpat ho lze maximálně 90 dnů. U zaměstnankyň a zaměstnanců má zaměstnavatel povinnost poskytnout pracovní volno bez náhrady mzdy, pokud neprokáže, že mu v tom brání vážné provozní důvody. (zákon 187/2006, § 41a - § 41f)

Na základě přijaté novely zákona dojde od 01.01.2022 k úpravě podmínky délky hospitalizace ošetřované osoby. Povinná doba hospitalizace ošetřované osoby se zkrátí na 4 po sobě jdoucí kalendářní dny a u ošetřované osoby v inkurabilním stavu, který vyžaduje poskytování paliativní péče a dlouhodobé péče v domácím prostředí nebude podmínka předchozí hospitalizace vyžadována. (zákon 330/2021)

#### **4.6 Sociální služby podporující pečující**

Jednotlivé druhy služeb a úhrada nákladů za poskytování těchto služeb jsou upraveny v § 32 - § 77 zákona o sociálních službách. Prováděcí vyhláška č. 505/2006 sb. k zákonu upravuje rozsah úkonů poskytovaných v rámci základních činností u jednotlivých druhů sociálních služeb a maximální výši úhrad za poskytování některých sociálních služeb.

Jedinou službou, jejímž cílem je podpora pečujících osob je odlehčovací služba. Mezi služby, které mohou ulevit neformálním pečovatelům můžeme zařadit také denní nebo týdenní stacionáře, centra denních služeb, pečovatelskou službu a osobní asistenci.

Osobní asistence (§ 39) – je terénní služba poskytovaná osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné fyzické osoby. Služba se poskytuje bez časového omezení, v přirozeném sociálním prostředí osob

a při činnostech, které osoba potřebuje. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 5 vyhlášky.

Pečovatelská služba (§ 40) – je terénní nebo ambulantní služba poskytovaná osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení. Služba poskytuje ve vymezeném čase v domácnostech osob a v zařízeních sociálních služeb vyjmenované úkony. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 6 vyhlášky.

Odlehčovací služby (§ 44) – jedná se o ambulantní nebo pobytovou službu, která je poskytována osobám se sníženou soběstačností z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, kterým je jinak péče zajišťována v jejich přirozeném sociálním prostředí. Cílem odlehčovací služby je umožnit nezbytný odpočinek pečující osobě. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 10 vyhlášky.

Centra denních služeb (§ 45) – poskytují se v nich ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku, chronického onemocnění nebo zdravotního postižení, jejichž situace vyžaduje pomoc jiné osoby. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 11 vyhlášky.

Denní stacionáře (§46) – poskytují se v nich ambulantní služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 12 vyhlášky.

Týdenní stacionáře (§47) – poskytují se v nich pobytové služby osobám, které mají sníženou soběstačnost z důvodu věku nebo zdravotního postižení, a osobám s chronickým duševním onemocněním, jejichž situace vyžaduje pravidelnou pomoc jiné osoby. Základní činnosti a výše úhrady jsou uvedeny v § 13 vyhlášky.

Využitím uvedených služeb je na určitou dobu zajištěna potřebná péče o závislou osobu a pečující osoba tak získá čas pro sebe – na odpočinek či vyřízení různých osobních záležitostí. Na druhou stranu je však nutné dodat, že se jedná o služby placené a po úhradě stanovené částky může dojít k finančním problémům pečující osoby – zejména v případech, pokud je k úhradě využit příspěvek na péči, který ze zákona není, ale neoficiálně může být jediným zdrojem příjmu pečující osoby, ačkoliv jí z formálního hlediska nepatří (příspěvek náleží opečovávané osobě, jíž byl přiznán, a tato osoba také rozhoduje o jeho využití. To však nemusí platit u osob s omezenou svéprávností).

#### **4.7 Finanční podpora**

Příspěvek na péči se nezapočítává do rozhodného příjmu pro dávky státní sociální podpory a dávky pomoci v hmotné nouzi. Do příjmu se započítává u dávek pomoci v hmotné nouzi v případě, že pečující osoba nepatří do okruhu společně posuzovaných osob s osobou, které poskytuje péči. (zákon 110/2006, § 7 písm. h) odst. 7)

U osoby pečující o osobu ve II. až IV. stupni závislosti (nebo též o osobu do 10 let v I. stupni závislosti), se v případě nároku na dávky pomoci v hmotné nouzi, nezkoumá možnost zvýšení příjmu vlastním přičiněním.

Pečující osoba může uplatňovat nárok na důchodové pojištění. Osoby, které pečují o osobu starší či mladší 18 let ve II. až IV. stupni závislosti (nebo též o osobu do 10 let v I. stupni závislosti), je doba péče započítávána jako náhradní doba pojištění. U osob blízkých a u asistenta sociální péče není podmínkou společná domácnost pečující a pečované osoby. Podmínkou pro to, aby se doba účasti na pojištění hodnotila jako náhradní doba pojištění je, že o této době rozhodne příslušná okresní správa sociálního zabezpečení. Tutéž dobu nelze započítat současně více osobám, pokud pečovalo současně více osob, započte se tato péče jako náhradní doba pojištění té osobě, která

pečovala v největším rozsahu. (zákon 155/1995, § 12 odst. 1, § 14 odst. 2; zákon 582/1991, § 6 odst. 1 bod 12)

Za osoby pečující o osoby závislé ve II. až IV. stupni závislosti (nebo o osobu do 10 let v I. stupni závislosti) je stát plátcem zdravotního pojištění. (zákon 48/1997, § 7 odst. 1 písm. g)

Doba osobní péče o osobu starší či mladší 18 let ve II. až IV. stupni závislosti (nebo též o osobu do 10 let v I. stupni závislosti) se započítává jako náhradní doba zaměstnání pro nárok na podporu v nezaměstnanosti. Podmínkou je společná domácnost. Tato podmínka se nevyžaduje u osoby, která se pro účely důchodového pojištění považuje za osobu blízkou. (zákon 435/2004, § 41 odst. 3 písm. d) a f)

Příspěvek na péči je v případě osoby blízké osvobozen od daně z příjmu. Pokud pečující osoba nepečuje o osobu blízkou, je od daně z příjmu osvobozena částka odpovídající IV. stupni závislosti (zákon 586/1992 § 4 písm. i)

Potvrzení prokazující dobu péče pro účely důchodového a zdravotního pojištění, zaměstnanosti a dávek pomoci v hmotné nouzi vydává na žádost pečující osoby ÚP ČR.

#### **4.8 Další možnosti „regionální“ podpory:**

Pečující mohou najít také oporu ve svépomocných skupinách nebo nestátních neziskových organizacích podporujících pečující – např. Oblastní charita Ústí nad Orlicí, Farní charita Litomyšl, Klára pomáhá, z.s., Centrum J. J. Pestalozziho, Liga vozíčkářů, různé patientské organizace a spolky.

Na webových stránkách České asociace pečovatelské služby <https://www.caps-os.cz/edukacni-program/> lze mimo jiné nalézt Brožuru pro neformálně pečující a také edukační videa pro neformálně pečující.



Webové stránky, na kterých je možné nalézt různé užitečné a aktuální informace nejen pro pečující:

[www.staramseapracuji.cz](http://www.staramseapracuji.cz); [www.pecujici.cz](http://www.pecujici.cz); [www.pecujdoma.cz](http://www.pecujdoma.cz), [www.uniepecujicich.cz](http://www.uniepecujicich.cz); [www.nrzp.cz](http://www.nrzp.cz).

Další možností podpory pečujících jsou dobrovolníci. Od roku 2014 funguje v rámci Koalice nevládek Pardubicka, z.s. dobrovolnické centrum KONEP.

## 5. Výzkumy zaměřené na pečující osoby

Tak jak se do popředí zájmu dostává zajištění péče o nesoběstačné osoby prostřednictvím neformálních pečovatelů, začíná se také řešit kvalita života a možnosti podpory těchto osob. Objevují se tak různé výzkumy, které se pečujícími osobami zabývají – například:

**Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve III. a IV. stupni závislosti** (Kroutilová a kol., 2012) – výzkum se zabýval závislostí mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče a také závislostí mezi subjektivní vnímáním zhoršení zdravotního stavu a vybranými stupni závislosti. Výzkum potvrdil závislost mezi subjektivním vnímáním zhoršení zdravotního stavu pečujících a délkou péče. Z výzkumu také vyplynulo, *„že dosud nejsou důsledně uplatňovány všechny prostředky, které by neformální pečující podporovaly natolik, aby nebyli péčí o své blízké poškozováni ve smyslu zhoršení zdravotního stavu, potažmo snížení jejich životní úrovně a zvýšení rizika chudoby“*. (s. 23)

**Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice** (Klvačová, 2017, s. 26-27) – cílem analýzy bylo zjistit a popsat zkušenosti neformálně pečujících, co jim jejich situaci komplikuje a jaké oni sami vidí možnosti jejího usnadnění. Některá zjištění analýzy: Neformální péče vyčleňuje pečující z „normálního života“ a zároveň mají pocit, že podpora státu a institucí (finanční, materiální, poradenská, symbolická) není dostatečná. Průvodním jevem neformální péče je dlouhodobé psychické a fyzické přetížení, které vede až k vyčerpání. Jedním ze základních vlivů, které působí na podobu neformální péče, je nedostatek relevantních informací o tom, jak by měli v roli pečujícího postupovat, na koho se obrátit, o jakou pomoc mohou požádat, na jaké sociální dávky mají nárok a podobně.

Pečující by uvítali, kdyby informace různého druhu týkající se neformální péče mohli získat na jednom místě a pokud možno od jedné osoby. Způsob přidělování příspěvku na péči považují neformálně pečující za netransparentní, zdlouhavý a ponižující. Je běžnou praxí, že se žadatelé o příspěvek musí proti přidělenému stupni závislosti na péči odvolávat a teprve po odvolání získávají o jeden až dva stupně vyšší hodnocení. Tuto praxi potvrzují i zástupci poskytovatelů sociálních služeb. Rodiny se dostávají do situace, kdy výše příspěvku na péči neodpovídá zdravotnímu stavu opečovávané osoby, což znamená, že nemohou čerpat sociální služby v potřebné úrovni. Pečující musí zpravidla vynaložit velké úsilí na to, aby se jim podařilo vyšší stupeň příspěvku získat, což je pro ně ponižující a odebírá to velké množství času a energie, které by mohli věnovat samotné péči.

**Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“** (FDV, 2018, s. 76-80) - Tematicky se šetření zaměřilo na zmapování postojů obyvatel ČR k neformální péči a neformálním pečujícím; postojům obyvatel ČR k dalším formám péče; přímé i nepřímé zkušenosti s péčí; postojům k opatřením sociální politiky, která se péče týkají; dalších témat souvisejících s neformální péčí. Bylo zjištěno, že většina české veřejnosti má za to, že péče o závislé osoby je důležité téma, které zasluhuje finanční podporu státu na různé druhy péče. Stejně tak by měl stát nést finanční rizika spojená s poskytováním péče. Velmi negativně by bylo vnímáno, pokud by zajištění potřebné péče u závislých osob mělo vést k jednorázovým dramatickým ekonomickým ztrátám těchto osob (např. nucený prodej majetku). Jako optimální forma péče o závislé osoby se Čechům objektivně (pokud hodnotí péči obecně) i subjektivně (pokud hovoří o vlastních preferencích) jeví péče v domácím prostředí. Informovanost o možnostech domácí péče není příliš vysoká. Pokud pečující

osoby využívají sociální služby, pak jsou to častěji služby určené spíše osobě, o kterou se starají.

## 6. Metodologie výzkumu

Hlavním cílem mé diplomové práce je popsat, jak nahlíží vybraní neformální pečující na svoji situaci a na možnosti podpory při péči o svého dlouhodobě nemocného nebo postiženého blízkého člověka. Při své práci jsem v každodenním kontaktu s pečujícími osobami. Často se mi při šetření svěřují se svými problémy i s tím, jak je pro ně péče náročná.

Popsání situace pečujících by mohlo pomoci k efektivnějšímu plánování podpůrných služeb pro pečující tak, aby pro ně bylo poskytování péče snadnější a aby mohly s péčí lépe skloubit také svůj osobní život.

V souvislosti se stanoveným výzkumným cílem jsem si určila hlavní výzkumnou otázku:

*(HVO): Jak nahlíží neformální pečující na Orlickoústecku na svoji situaci, jak péče ovlivnila jejich osobní život, v čem spatřují největší problémy při poskytování péče a jakou podporu by případně uvítali.*

Z hlavní výzkumné otázky jsem si odvodila dílčí výzkumné otázky (DVO)

*DVO1: Jaké problémy musejí pečující při poskytování péče řešit?*

*DVO2: Co/kdo pečujícím péči usnadňuje?*

*DVO3: Jaké informace mají pečující o formálních poskytovatelích pomoci?*

*DVO4: Jakou pomoc by pečující uvítali?*

### 6.1. Kvalitativní výzkum

Pro účely diplomové práce jsem si zvolila kvalitativní výzkum s využitím polostrukturovaných rozhovorů.

Jak uvádí Surynek a kol. (2001, s. 25-26) „úkolem kvalitativního výzkumu je odhalovat neznámé skutečnosti o sociálních a sociálně psychických jevech, odhalovat jejich obsah, a to především existenci těchto jevů a jejich strukturu, jejich vlastnosti

*a funkce, faktory, které sociální a sociálně psychické jevy ovlivňují nebo s nimi jinak souvisejí“.* Dle Hendla (2005, s. 161) *„síla kvalitativních dat spočívá v tom, že jsou přirozeně uspořádána a popisují každodenní život“.* Podle Strausse a Corbinové (in Švaříček a Šedřová, s. 24) se metody kvalitativního výzkumu *„...užívají k odhalení a porozumění tomu, co je podstatou jevů, o nichž toho ještě moc nevíme. Mohou být také použity k získání nových a neotřelých názorů na jevy, o nichž už něco víme“.*

Při kvalitativním výzkumu je třeba k získání potřebných dat delší intenzivní kontakt s respondenty. Mezi tato data patří vše, co přibližuje všední život zkoumaných lidí, např. osobní komentáře, přepisy terénních poznámek z pozorování a rozhovorů, osobní komentáře, úřední dokumenty, ... Získaná data výzkumník induktivně analyzuje a interpretuje, snaží se o pochopení dění a vytvoření podrobného popisu toho, co pozorovat a zaznamenal. (srov. Hendl, 2005, s. 51-52)

## **6.2 Technika sběru dat**

Při výzkumu jsem použila polostrukturovaný rozhovor, který je považován za nejrozšířenější formu rozhovoru. Výzkumník si vytvoří schéma, které je pro něj závazné. *„Toto schéma obvykle specifikuje okruhy otázek, na které se budeme účastníků ptát. Obvykle je možné zaměňovat pořadí, v jakém se okruhům věnujeme, a dle potřeby a možností tedy toto pořadí upravujeme, abychom maximalizovali výtěžnost interview.“* (Miovský, 2006, s. 159)

Dle Hendla se jedná o rozhovor pomocí návodu. Tento návod jsou vlastně otázky nebo témata, která je třeba probrat. Cílem návodu je zajistit, že se dostane na všechna, pro tazatele zajímavá témata. Na tazateli záleží, v jakém pořadí získá informace, *„které osvětlí daný problém“.* Tento typ rozhovoru také *„dává tazateli možnost co nejvýhodněji využít čas k interview. Současně umožňuje provést rozhovory s několika lidmi strukturovaněji a ulehčuje jejich srovnání.“* (Hendl, 2005, s. 174)

Na základě zvoleného cíle diplomové práce jsem si sestavila rámcové otázky k rozhovoru:

O koho pečujete?

Jak dlouho pečujete?

Co jste dělal/a před tím, než jste začal/a pečovat?

Proč pečujete zrovna Vy?

Sdílíte s pečovaným společnou domácnost?

Jak vypadá Váš běžný den?

Instruoval Vás někdo, ohledně toho, jak bezpečně a správně pečovat?

Ovlivnila péče Váš zdravotní stav?

Pokud ano, jak?

Máte čas sám/a na sebe?

Pokud ano, jak často?

Jste na péči sám/a nebo Vám někdo pomáhá?

Jak? V čem?

S čím máte při péči problémy?

Co je pro Vás nejnáročnější?

Co Vám naopak péči usnadňuje?

Co Vám nejvíce při péči chybí?

Jaká pomoc by Vám nejvíce pomohla?

Víte o možnosti využití registrovaných sociálních či dalších služeb?

Pokud ano, odkud?

Využíváte nějaké služby?

Pokud ano, jaké?

Víte, kde můžete získat různé informace pro pečující?

Máte Vy ke mně nějaké otázky nebo chcete něco dodat?

### 6.3 Etika výzkumu

Jak uvádí Hendl (2005, s. 155), hrají etické otázky při výzkumu důležitou roli. Vyjmenovává také několik důležitých zásad etického jednání při provádění výzkumu. Za nejdůležitější považuje získání informovaného souhlasu, tedy toho, že osoba se zúčastní výzkumu pouze pokud s tím souhlasí a po předchozím plném informování o průběhu a okolnostech výzkumu. Souhlas může být pasivní nebo aktivní (tzn. podepsání příslušného dokumentu).

Respondenty jsem tedy před započítím rozhovoru seznámila s cílem mého výzkumu *„Jak nahlíží vybraní neformální pečující na svoji situaci a na možnosti podpory při péči o svého dlouhodobě nemocného nebo postiženého blízkého člověka“* i s předpokládanou délkou rozhovoru (cca 1,5 hodiny).

Respondenty jsem ujistila, že rozhovor je důvěrný. Pořizovaná nahrávka bude sloužit pro moje účely, k přesnému zaznamenání jejich odpovědí. Nahrávka nebude nikde zveřejněna a informace získané při rozhovoru budou anonymizovány a použity výhradně pro účely mé diplomové práce.

Respondentům jsem také sdělila, že mohou kdykoliv rozhovor přerušit nebo ukončit a pokud nebudou chtít odpovídat na některou z otázek tak nemusejí. Své rozhodnutí nemusejí nijak zdůvodňovat.

Seznámení a poučení respondentů stejně jako jejich informovaný souhlas, jsou součástí nahrávky.



## 6.4 Výběr výzkumného vzorku

Pro svůj výzkum jsem si zvolila pečující z Orlickoústecka, kteří jsou v produktivním věku a pečují o osobu, která je též v produktivním věku a k jejíž závislosti na péči došlo náhlým, neočekávaným zhoršením zdravotního stavu. Jedná se o skupinu pečujících, na kterou se výzkumy téměř nezaměřují (většinou jsou do výzkumů zahrnuti pečující o závislé seniory nebo pečující o děti, které jsou závislé na péči z důvodu nepříznivého zdravotního stavu). Jako sociální pracovník na úřadu práce v agendě příspěvku na péči mohu říct, že tyto dvě skupiny pečujících převažují a mnou vybraných pečujících není tolik, přesto se domnívám, že i oni si zaslouží pozornost při zkoumání jejich potřeb, problémů i toho, jak celkově vnímají své postavení ve společnosti. Dalším kritériem pro výběr pečujících bylo to, že pečují o osobu s přiznaným III. nebo IV. stupněm závislosti – tedy se předpokládá celodenní péče a přítomnost pečující osoby.

Mého výzkumu se zúčastnilo 5 respondentů. Dva z oslovených pečujících se výzkumu účastnit odmítli, o důvodech mluvit nechtěli.

Vybrat respondenty dle mého výběru bylo poměrně obtížné. Tito pečující jsou jako dlouhodobě pečující zastoupeni minimálně. Ze své zkušenosti mohu říct, že dlouhodobější péče o člověka v produktivním věku, který se stal náhle zcela závislý na péči není tak častá, častěji se jedná o závislé v I. nebo II. stupni závislosti. III. nebo IV. stupeň závislosti je často přiznán posudkovým lékařem pouze na rok a následně při přeposouzení zdravotního stavu dojde k jeho snížení, neboť zdravotní stav závislého se z pohledu posudkového lékaře zlepšuje, i když to tak v některých případech není. Často se také těmito závislými stávají osoby s nevléčitelnou nemocí v pokročilém nebo terminálním stadiu, kteří žádají o příspěvek na péči až ve chvíli, kdy je ukončena léčba a je jim poskytována paliativní péče ve spolupráci rodiny a Domácí hospicové péče (až pracovnice této péče

upozorní na možnost žádat o různé příspěvky). Ve většině případů se tito klienti nedožijí přiznání příspěvku na péči nebo umírají krátce po jeho přiznání.

Při výběru respondentů jsem postupovala metodou záměrného výběru. Dle Miovského (2006, s. 135) jde o nejrozšířenější metodu výběru pro účely kvalitativního přístupu. Jedná se o cílené vyhledání účastníků podle určitých vlastností a jejich ochotu k zapojení se do výzkumu.

Vybrané respondenty jsem nejprve oslovila telefonicky, sdělila jsem jim, jaký výzkum provádím a proč jsem si je vybrala. Také jsem je ujistila o zajištění naprosté anonymity při použití získaných dat. Z tohoto důvodu byli jednotliví respondenti označeni R1-R5, postupně podle pořadí provedených rozhovorů. Dále jsem je požádala o souhlas s nahráváním rozhovorů s tím, že nahrávky použiji pouze při přepisu rozhovorů.

Respondentům jsem dala možnost navrhnout místo setkání. Rozhovory proběhly v domácnostech respondentů, s jednou z respondentek jsem se setkala v kavárně s hracím koutkem pro děti. V případě R1 opečovávaný ve vedlejší místnosti sledoval televizi, měl možnost poslouchat hovor, paní uvedla, že všechno řeší společně, nemají co skrývat. Ve chvíli, kdy po něm chtěla potvrdit nějakou svou informaci bylo zřejmé, že náš hovor moc neposlouchá, musela mu vše zopakovat. V případě R2 opečovávaný byl ve svém pokoji, v době mého příchodu měl na uších sluchátka, pouze mi odpověděl na pozdrav. Rozhovor probíhal v kuchyni, do pokoje byly zavřené dveře. Během hovoru k sobě jednou přivolal pečující osobu. V případě R3 opečovávaný spal ve svém pokoji, paní uvedla, že syn spí každý den po obědě přibližně 3 hodiny. Nejnáročnější bylo šetření prováděné s R4, které probíhalo v kavárně, kde si v hracím koutku hrála dcera, která se několikrát dožadovala pozornosti své matky. Paní se stále omlouvala, že opravdu hlídání pro dceru nemá a vzhledem k problémům, které nyní

s manželem řeší (manželská krize) nechtěla, aby náš rozhovor probíhal za jeho přítomnosti. V případě R5 paní měla v obývacím pokoji zapnutou televizi a u toho si listovala reklamními letáky. Rozhovor s pečující osobou probíhal v kuchyni.

## 6.5 Charakteristika výzkumného vzorku

Výzkumný soubor je tvořen pěti respondenty – čtyřmi ženami a jedním mužem žijícími na Orlickoústecku. Tři respondenti bydlí v Ústí nad Orlicí a dva v přilehlých obcích.

Vzhledem k tomu, že pracuji jako sociální pracovník v agendě příspěvku na péči na úřadu práce, vybírala jsem si respondenty podle zvolených kritérií z databáze. Myslím si také, že to, že mě oslovení respondenti znají mi zjednodušilo jejich oslovení a souhlas s poskytnutím rozhovoru.

### **Stručná charakteristika respondentů:**

**Respondentka1:** paní pečuje o svého bývalého manžela, 58 let, vyučená, zaměstnaná na zkrácený úvazek. Mají dvě dospělé děti s vlastními rodinami, nebydlí s nimi, ale dle potřeby a časových možností pomáhají. Žijí ve společné domácnosti, bydlí v rodinném domě v obci sousedící s Ústím nad Orlicí, za 2 roky plánují svatbu. Pečovat začala v roce 2011.

**Respondentka2:** paní pečuje o svého syna, 48 let, středoškolské vzdělání, pracovala jako učitelka v mateřské škole. Má další 2 dospělé děti s vlastními rodinami, bydlí daleko, navštěvují je o víkendech. Se synem s tělesným postižením žije ve společné domácnosti v panelovém domě v Ústí nad Orlicí. Pečovat začala v roce 2018.

**Respondentka3:** matka, 59 let, středoškolské vzdělání, pracovala v účtárně. Má ještě dceru s rodinou, nebydlí s nimi, ale v případě potřeby pomáhá. Žije ve společné domácnosti s tělesně postiženým synem (po CMP má také mírný

kognitivní deficit) v bytovém domě v Ústí nad Orlicí. Pečovat začala v roce 2013.

**Respondentka4:** paní pečuje o svého manžela, 35 let, vysokoškolské vzdělání, pracovala v městské příspěvkové organizaci. Mají dceru na 1. stupni ZŠ. Žijí ve společné domácnosti v bytovém domě v obci 5 km od Ústí nad Orlicí. Pečuje od roku 2011.

**Respondent5:** pán pečuje o svoji manželku, 57let, středoškolské vzdělání, pracoval jako prodavač v prodejně Albert. Mají dva dospělé syny s rodinami, navštěvují je o víkendech. Žijí ve společné domácnosti v panelovém domě v Ústí nad Orlicí. Pečuje od března 2021.

	věk	pohlaví	vztah k opečovávanému	diagnóza opečovávaného	doba péče	typ bydlení
R1	58	žena	bývalá manželka	pohybové omezení	11 let	rodinný dům, společná domácnost
R2	48	žena	matka	pohybové omezení	3 roky	byt v panelovém domě, společná domácnost
R3	59	žena	matka	pohybové omezení, mírný kognitivní deficit	9 let	byt v bytovém domě, společná domácnost
R4	35	žena	manželka	pohybové omezení	11 let	byt v bytovém domě, společná domácnost
R5	57	muž	manžel	mentální deficit	8 měsíců	byt v panelovém domě, společná domácnost

**Tabulka 1: Základní informace o pečujících**

## 7. Analýza získaných dat

V této kapitole se zabývám výsledky výzkumu. Přepsané záznamy z rozhovorů jsou přesnou citací výpovědí respondentů a nebyli nijak upravováni, proto obsahují i nespisovná slova.

Při rozhovorech se někteří z respondentů k některým tématům vyjadřovali velmi obsáhle, vše popisovali velmi dopodrobna, odpovědi jiných byly strohé, věcné a tito respondenti nezabíhali do detailů.

Vybraní respondenti pečují o své blízké různě dlouho – od několika let po několik měsíců. Tři respondenti pečují o blízké ve III. stupni závislosti, dva o blízkého ve IV. stupni závislosti. Pouze jedna respondentka měla dřívější zkušenost s poskytováním péče svému otci (tato péče navázala na péči o partnera, několik měsíců probíhala souběžně).

Jeden z respondentů pečuje o blízkou osobu s mentálním deficitem, jeden z respondentů o blízkou osobu s pohybovým omezením a problémy s mírným omezením kognitivních funkcí, zbylí tři pečující pečují o blízké s pohybovým omezením.

### **DVO1: Jaké problémy musejí pečující při poskytování péče řešit?**

Respondenti uváděli jak problémy před tím, než začaly pečovat, tak i problémy, se kterými se setkávají v průběhu péče. Mezi problémy, které předcházely péči lze zařadit jejich potíže při získávání informací a následné obíhání úřadů a institucí při uplatňování svých nároků nebo nároků svých blízkých o které pečují a také složitost a zdlouhavost jednotlivých řízení.

**R1:** „... a pak začíná ten koloběh, protože člověk do toho fakt spadne a neví, co všechno může a nemůže. Když přišel o tu první nohu, tak jsem šla žádat o to ZTP a nějaký ty možnosti, že jo. Nejhorší je, že já vím, že vy za to jako děvčata, který tam sedíte, nemůžete. Musí se to podle nějakých tabulek ... a já vím, jak jsem se ptala, jak

*to je a oni mi říkali, no, protože bude mít jen jednu nohu pryč, tak může mít jenom ZTP ne lomeno P (...) člověk má pocit, že to je zbytečného běhání, všude někde a prosí se a ani neví, jak to dopadne. Kór když vidí, že ten manžel nebo ten postižený to není jednoduchý ani pro něj a to papírování to je spíš fakt na psychiku (...) a říkám no ta mašinerie takovejch těch různějch žádostí jak o lázně, o ty pomůcky, prostředky ...“*

*R4: „A ze začátku taky problém s tím, všechno oběhat a zařídit. Každý vám řekne něco a dozvídáte se to různě od známých, něco u doktora, něco na úřadě. Třeba různý ty dávky a příspěvky, nikdo vám většinou sám od sebe nic nenabídne, musíte se pořád ptát, připadáte si, že obtěžujete. Ale ať si to někdo zkusí...bejt pořád zavřenej doma“.*

Někteří respondenti měli také zpočátku problém s přizpůsobením bydlení tak, aby co nejvíce usnadnilo poskytování péče (vybavení pomůckami, úprava koupelny, přestavění nábytku.

**R1:** *„Museli jsme řešit třeba ty stavební úpravy (...) ty možnosti jsou teďka velký v tom, že pomůže i ten stát, i když to je na dlouhou trať (...) Ty první dva, tři roky vlastně muž nemohl vůbec ven beze mě, děti nám tady dělali nájezd na schody, ale tady v té chodbičce byl schod, takže sám se stejně nedostal ven (...) třeba křesílko na WC jsme vlastně řešili špatně, vono postupně zjišťujete, že potřebujete aby to křesílko bylo oboustranný na WC i do sprchy(...)takže tohle jsou takový věci, který se musej vychytat postupně.*

**R3:** *„Ty začátky, ty byly těžký. Všechno to běhání, zařizování, shánění informací. Ted' už to máme zaběhlý, tak už asi nic (...) Ze začátku byl u dcery, bydlí v paneláku, mají výtah. A tady přizpůsobit pokoj pro tu postel velkou, pro to chodítka a takový, to nešlo, tam bylo víc prostoru u nich (...)No a já jsem tam každé den docházela, přes noc si ho nechali, večer jsem odjela sem a ráno jsem zase vystartovala. No a lidi mě ještě prej vodsuzovali, že jsem si ho nevezala domů, ale to nešlo, po schodech a tady*

*ten pokoj, to jsem nemohla vyklidit, kam bych to dala. A tak jsem si toho moc vážila, že to ten zeřák udělal, že to vyklidili, tam je to prostornější“.*

Mezi další problémy také patří problémy zdravotní a finanční. Jak uvedli někteří respondenti, péče se odráží na jejich zdravotním stavu. Zejména pečující o imobilní závislé poukazují na fyzickou náročnost péče, téměř všichni na časovou náročnost a nemožnost si cokoli plánovat. Doplnili také, že své zdravotní problémy odsouvají, neboť je pro ně prvořadé zajištění péče o svého blízkého a nevědí, jak zajistit péči při svém výpadku. Své problémy řeší až když už je skoro pozdě.

**R1:** *„... já vlastně jsem začala zanedbávat sebe a takový ty strašný úzkosti, bolesti nespavost, pak jsem to nechtěla řešit lékama na spaní, protože pak ten další den nemůžete spát (...) no a pak mi pomohla jedna paní doktorka, jezdila jsem do Rychnova nad Kněžnou. Ona mi řekla, ať konečně začnu myslet na sebe, že na sebe vůbec nemyslím, že se jednou sesypu. A jednou v životě se mi to stalo. To jsem se předejchala, to se dostanete do takovýho stavu, že se vlastně překysličej svaly a všechno v těle (...) mě to bodalo na hrudníku a já jsem se bála, že to nerozdejchám a tak jsem začala dechat abnormálně, abych tu bolest přehlušila. A pak jsem volala ARO (...) a když pro mě pak jel syn v noci tenkrát, doktor mu řekl, že to je psychický a fyzický vyčerpání a že ať celej den prostě nic nedělám.“*

**R2:** *„Problémy mám s přemísťováním syna z postele na vozejk, s polohováním, vlastně celkově s tou manipulací (...) Bývám hodně unavená, někdy mě padne smutek, bolí mě záda a ruce (...)pak je to taky to, že jsem na péči převážně sama, že se nikam kloudně nedostanu (...) je to náročný hlavně fyzicky, ta manipulace, ta samota a vyčerpání a žádný vyhlídky, že bude líp “.*

**R4:** *„Ovlivňuje mě to fyzicky i psychicky. Často jsem velmi vyčerpaná, všechno mě bolí. Brala jsem i antidepressiva.“*

**R5:** „Od té doby, co jsem sní doma trpím nespavostí, ale to je asi psychický, stejně jako bolest zad (...) taky se mi pořád v hlavě honí myšlenky o tom, jak to bude dál, jak to budu zvládat abych nemusel obtěžovat děti, který jsou hodně pracovně vytížený“.

Pečující uváděli také nedostatečné či žádné informace o tom, jak pečovat, dva z pečujících uvedli, že místo aby jim v nemocnici nebo na úradě poskytli informace o tom, jak o jejich blízkého pečovat, pokud si ho vezmou domů, jakým způsobem se asi bude zdravotní stav dále vyvíjet a případně o možnostech využití nějakých podpůrných služeb, tak jim bylo řečeno, ať dají svého blízkého do nějaké LDNky nebo ústavu, že péči doma nezvládnou.

**R1:** „... nikdo nikdy mi neřekl, jak se mám starat. Člověk si to musel vopravdu sám zažít na vlastní kůži (...) Já jsem se setkala s lidma i na tom úradě na sociálním, kdy mi jedna paní jako řekla, no tak paní, co byste chtěla, nejste svoji, máte dům, prodejte dům, manžela dejte do ústavu a budete spokojená. A v těchto případech nevíte, jestli máte ty lidi přizabít. To vlastně pracujou vám nerov, brečíte, protože obíháte všechny ty papíry, léky jsou na vás, všecko...“

**R3:** „A to vám řeknu, že když ho z Hradce přivezli a dali ho nejdřív na ARO (...) a než jsem tam došla, tak tam byl můj mužskej, jinak se moc nezapojoval, a moje matka, a já, než jsem tam došla, tak milej (ironicky) primář jim řekl, no přemýšlejte, kam ho dáte, nějaká LDNka nebo domov. Mamka brečela, protože ještě se neprobral kloudně, ještě se nevědělo, jestli bude mluvit, co bude dělat jako a už by ho lifroval pryč. To se mě dotklo šíleně...“.

**R4:** „Jak se mám starat mi nikdo neřekl. On se horšil postupně, tak jsme postupně měnili tu péči. Dokáže říct, co chce nebo co ho bolí, co mám zkusit udělat nebo jak mu mám zkusit pomoci. Teď je nejhorší, že mi vůbec nepomůže, i když by chtěl, tělo ho vůbec neposlouchá“.

Někteří pečující zmínili také nedostatek času pro sebe.



**R2:** „Času na sebe mám velmi málo. Od syna nemůžu odejít, musí tady pořád někdo být. Takže když přijde druhý syn nebo se domluví s dcerou, tak můžu na chvíli vypadnout (...) jednou měsíčně chodím s kamarádkama na kávu, večer si někdy čtu, ale většinou po chvíli usnu (...) dřív jsem taky chodila ke kadeřnici – teď si vlasy barvím doma a stříhá mě známá, která přijde a ostříhá i kluka“.

**R4:** „Teď trochu ano, bylo to okolnostmi vynucené, ještě před půl rokem vůbec (...) asi 2 hodiny denně, ale stejně nedokážu vypnout pořád přemýšlím co doma, co je potřeba udělat, zařídit. Většinou stejně ten čas nevyužívám pro sebe, ale na další věci, zařizování. Snažím se víc věnovat holce, nemá to s náma jednoduchý“.

**R5:** „Moc ne. Občas se nabídne sousedka nebo se domluví na hlídání se švagrovou, ale taky jim nechci říkat pořád, když to tolik nepotřebuju, může bejt hůř. No a když ji pohlídají, třeba na hodinku, dvě, tak se jdu projít nebo projet na kole. Někdy mi taky zavolají kamarádi (...), tak si domluví to hlídání a jdu s nima pokecat na pivko. Ale stejně nemám klid, furt hlídám telefon, kdyby něco...“

## **DVO 2: Co/kdo pečujícím péči usnadňuje?**

V této části někteří respondenti uváděli pomoc opečovávaného, rodiny a někteří z respondentů také pomoc sousedů.

**R1:** „(...) člověk si to musel vopravdu sám zažít na vlastní kůži a s mužem, s tím hendikepovaným a on vám vlastně řekne. Ono je to ideální, když ten postižený člověk mluví, protože je pravda, když se ty lidi zaseknou, oni se vyrovnávají sami asi s tím vším, já mám výhodu a asi i štěstí, že mi muž řekne, já takhle nemůžeš. Všecky ty zkušenosti se získávají během let péče. Vidíte, co by pomohlo, jak by to bylo nejvhodnější upravit. O všem přemýšlíte, jak to udělat líp, jak si všechno zjednodušit – jak pro sebe, tak pro toho postiženého (...)

**R3:** „On sám, asi, on se snaží (...) Dcera a zeťák. Tak nás třeba zavezou autem, nakoupí, pomůžou s nějakýma opravama a údržbou bytu, pokud potřebuju pomoc se synem, tak mi taky pomůžou“.

**R2:** „Občas mi pomáhá dcera, která bydlí ve vedlejší obci – nakrmí ho, dá mu napít, napolohuje ho v lůžku. Druhý syn ho bere na vozíku ven, někdy mi pomůže ho přesunout do sprchy a osprchovat. Vozí mi větší nákupy(...) 2x v týdnu mi kamarádka kupuje pečivo a nějaký drobnosti, já se nikam pořádně nedostanu“.

**R5:** „No, jak jsem říkal, když ji někdo pohlídá a já můžu aspoň na chvíli vypadnout, trochu vypnout, vyčistit hlavu“.

Respondenti dále uváděli různé pomůcky, které jim usnadňují péči.

**R1:** „(...) no hodně těch věcí, výtah a všelijaký tyhle ty pomůcky, který pak člověk oběhá a má je (...) protože jako ten elektrický vozejk, to je vopravdu velký plus, to vlastně už nemusím vůbec nic tlačit.“

**R2:** „Máme polohovací postel, vozejk, židli do sprchy“.

**R4:** „Jsou to ty různé pomůcky – vozejk, zvedák, přesunovací podložka, schodolez. Fyzicky je to stejně i tak náročný, ale bez těch pomůcek by to bylo nezvladatelný, to by doma nemohl být“.

Jedna z pečujících také uvedla, že jí ze začátku pomohlo, když do domácnosti chodily ošetřovatelky z Charity.

**R2:** „Po návratu z nemocnice domů k nám chodily ošetřovatelky z Charity. Ukazovaly mi, jak se synem manipulovat, jak ho mýt, oblékat, přebalit... To mi hodně pomohlo“.

### **DVO3: Jaké informace mají pečující o formálních poskytovatelích pomoci?**

Všichni respondenti uvedli, že vědí o existenci různých služeb, všichni znají pečovatelskou službu a domovy důchodců. Často se však domnívají, že tyto služby jsou určeny převážně pro „staré lidi“ a oni tyto služby využívat nemohou.

**R2:** „...než ho pustili z nemocnice, přišla za mnou sociální pracovnice, řekla mi, ať si zajdu k vám na úřad pro ten příspěvek. Pak jsem se ptala u vás a dávali jste mi ty různé brožurky. Doma jsem se pak do toho koukala, ale přijde mi to všechno spíš pro

*ty starý a tyhle mladý moc ne (...) ze začátku k nám chodili sestřičky z Charity. Ukázaly mi, jak se synem manipulovat, jak ho mýt, přebalit, oblékat...“.*

**R4:** *„(...)něco mi říkal doktor, něco občas píšou ve zpravodaji“.*

**R5:** *„Něco mi říkal její doktor a psycholožka, něco na úřadě, když jsme vyřizovali ten příspěvek na tu péči (...) Zatím, ne, nevyužívám, uvidíme, jak to budu zvládat, zatím ne. Pokud bych musel něco využívat, nevím, jak bych to zvládal finančně, všechno se platí“.*

Dvě z respondentek v minimálním rozsahu registrovanou službu využívají.

**R3:** *„Občas objedná tu senior dopravu, když potřebujeme do města. Je to pohodlný. Blbý je, že se to musí objednat několik dní dopředu. A co já vím, co bude zítra, naštěstí se to dá zrušit, je o to dost zájem“.*

**R4:** *„No, poslední dva měsíce tu pečovatelku a taky si chodím do jídelny pro obědy, mám to kousek od baráku. Každodenní vaření bych nezvládala, fakt mi to pomůže, to vidím o víkendech“.*

Dvě z respondentek také uvedly, že je pro ně přínosná návštěva lékaře nebo sester v domácnosti.

**R1:** *„Jezděj nám odebírat krev manželovi. Protože vím, abychom nemuseli často na hematologii nebo tak. Tak to vím, že tyhle ty sestřičky fungují.“*

**R2:** *„Jednou za měsíc ho přijde zkontrolovat doktor, když mě vidí, tak se ptá, jak to zvládám. No, co mu mám říkat, musí to vidět, jak jsem vyřízená. Už se mě tak ptal, jestli jsem neuvažovala ho někam dát, do nějakýho ústavu, ale to nechci, zatím ne.“*

Dva z respondentů uvedli, že pokud by jim nepomáhaly děti, zřejmě by musely nějakou službu občas využít, sami by péči nezvládli. Zazněly také obavy z nedostatku financí při častějším využití a úhradě služeb.

**R2:** *„... a taky nevím, jak je to s placením, kdybych si chtěla někoho objednat, aby mi pomohl, jestli by nám ty peníze pak nechyběly. Musela bych si to nějak spočítat, ale kdyby to jinak nešlo, uvidím no.“*

**R5:** „Pokud bych musel něco využívat, nevím, jak bych to zvládal finančně. Zatím to jde, mám ještě podporu z pracáku, ale zatím to s ní docela zvládám, uvidím, jak na tom bude dál a jak to budu zvládat já“.

Za problematický někteří označili způsob získávání informací o těchto službách zejména v začátcích péče. Nyní se shodli, že by se zeptali u lékaře nebo na úřadě. Někteří by se třeba také zeptali známých, o kterých vědí, že se o někoho starali nebo starají a nějaké služby využívají. Někteří také zmínili internet. Jedna z respondentek uvedla, že vše probírají v lázních, kam každý rok sama jezdí v době, kdy je na rehabilitačním pobytu její syn – vzájemně si sdělují zkušenosti (s úřady, doktory). Když jsem se zeptala na různé podpůrné skupiny, tak nevěděli, co si mají představit. Někteří uvedli, že s odstupem času, když o tom tak přemýšlejí, by asi uvítali, kdyby jim někdo hned na začátku řekl, na co všechno mají nárok, kde si můžou požádat. Uvítali by také ucelené informace o různých službách.

#### **DVO4: Jakou pomoc by pečující uvítali?**

Zde bylo v odpovědích znát, zda jsou respondenti na péči sami nebo zda jim někdo v případě potřeby včas pomůže. Dvě z respondentek, které se mohou při péči spolehnout na fungující rodinu, která by v případě potřeby (např. nemoc či náhlá hospitalizace pečující osoby) dokázala zajistit péči i po několik dní uvedli, že vlastně nic nepotřebují, že mají fungující rodinu. Přesto i z rozhovoru s těmito respondentkami vyplynulo, že se snaží péči v co největší míře zajišťovat sami, na rodinu se obracejí v krajních případech (nechtějí je zbytečně obtěžovat) a volný čas a odpočinek si organizují po domluvě s pečovaným (R1) nebo v době odpočinku pečovaného (R3).

**R1:** „Vlastně si pak uvědomím, že kdybych vypadla třeba na 14 dnů, tak by to musel nějak řešit. (před tím respondentka uvedla, že pánovi by zřejmě vadilo, kdyby měl mít doma nějakou cizí pečovatelku „zejména na ty intimní věci“, že je

zvyklý na ni). *Ale to zas děti, protože je máme tady kousek, tak taky jako nemám problém, že by se nějakým způsobem střídaly“.*

**R3:** *„Kdybych potřebovala, tak holka se zeťákem by se postarali. Vlastně mám i ségru, ta na něj drží, tak by si ho asi vzala k sobě“.*

Respondenti, kteří jsou na péči sami by naopak uvítali někoho, kdo by je dokázal zastoupit na „delší dobu“, třeba jeden nebo dva dny. Uvítali by také více volného času nebo času na odpočinek.

**R2:** *„... kdybych měla trochu víc času pro sebe. Abych si mohla odpočinout, vypnout, abych věděla, že je o něj postaraný. S kamarádkama chodím jednou měsíčně na kávu do kavárny. Jinak jsme v kontaktu pouze přes telefon. Když za mnou někdo přišel, většinou jsem na něj neměla kvůli péči moc času, tak už radši nikdo nechodí“.*

**R4:** *„Asi můj dvojník, nebo nevím. Prostě někdo nebo něco, kdo by tu péči úplně zvládnul a já bych mohla na pár dnů odjet“.*

V závěru rozhovoru se mě někteří pečující doptávali na různé služby, které by mohli případně využít, na jejich dostupnost i to, kolik se za ně platí. Zde jsem jim poskytla informace o dostupných službách, dále jsem jim sdělila, že přehled všech služeb v regionu mohou najít na webových stránkách města. Dále jsme se s některými bavili o jejich problémech a pocitech, které zažívají.

## 8. Shrnutí výsledků a diskuse

Ve své práci jsem se snažila popsat, jak vnímají neformální pečující na Orlickoústecku svoji situaci, jak péče ovlivnila jejich osobní život, v čem spatřují největší problémy při poskytování péče, zda by uvítali nějakou pomoc a co by jim případně nejvíce pomohlo.

Tato kapitola tak shrnuje výsledky výzkumu a naplnění jednotlivých cílů.

### *DVO1: Jaké problémy musejí pečující při poskytování péče řešit?*

Z výsledku šetření vyplynulo, že pečující nejvíce postrádají ucelené informace o zdravotním stavu svého blízkého o pravděpodobném budoucím vývoji tohoto stavu. Následně jim také často chybí informace, jakým způsobem péči zajistit, jak správně pečovat, kde žádat o různé dávky a služby. Uvítali by, kdyby odpovědi na své otázky (nebo alespoň na většinu z nich) získali v ucelené formě na jednom místě, neboť obíhání různých míst a postupné shánění informací je velmi časově náročné. Následně někteří zmínili zdlouhavost vyřízení jednotlivých žádostí a jejich nejistý výsledek. Dvě respondentky také zmínili nejistotu v podobě několikerého opakovaného přeposuzování zdravotního stavu jejich blízkého pro účely příspěvku na péči i invalidního důchodu.

K dalším zmíněným problémům patří nevhodné (bariérové) bydlení. V průběhu péče se také u většiny dotázaných projeví zdravotní problémy a pocit osamělosti. Finanční problémy přímo zmínil jeden z respondentů, a to v souvislosti s případným častějším využitím nějaké služby.

Ve své praxi se setkávám s různými problémy pečujících osob, zejména těch, kteří pečují o své blízké ve III. a IV. stupni závislosti. Většinou se s nimi svěřují, když si přijdou pro žádost o příspěvek na péči nebo pro žádost

o zvýšení příspěvku na péči. Někdy se také se svými problémy svěřují při sociálním šetření. Často slyším, že si nemysleli, zajištění péče bude tak náročné (zejména časově a fyzicky). Ač si zpočátku mysleli, že péči zvládnou sami nebo v rámci rodiny, začínají se ptát na možnosti pomoci, tedy na různé sociální služby, jejich dostupnost a cenu. Zejména v počátcích péče se snaží získat informace týkající se finančního zajištění – jak svého, tak osoby, o kterou budou pečovat. Pokud byl pečující dosud zaměstnán, řeší, jakým způsobem má řešit své zaměstnání (zda zvládne skloubit práci a péči, zda existuje nějaké volno nebo jestli a jak má stávající pracovní poměr ukončit), jestli může pracovat i pečovat, pokud ukončí zaměstnání, zda bude mít nárok na „nějaké peníze pro sebe“. Následně řeší i finanční problémy na straně opečovávaného (především, pokud je opečovávaný v produktivním věku a dosud byl zaměstnán) - je třeba řešit jeho pracovní neschopnost i to, jak se dostat k jeho penězům, aby mohly být hrazeny potřebné platby (bydlení, splátky úvěrů a půjček, ...), po nějaké době případný nárok na invalidní důchod, žádosti o příspěvek na péči a o další dávky a příspěvky pro osoby se zdravotním postižením. Problémy nastávají v případech, kdy je zdravotní (tj. fyzický anebo psychický) stav opečovávaného takový, že není schopen sám jednat s úřady (eventuelně by byl schopen s úřady jednat, ale není možnost ho na úřad dopravit) a je tedy třeba nějakým způsobem řešit jeho zastupování při těchto jednáních (plná moc ověřená nebo bez ověření, opatrovník pro správní řízení nebo ustanovení opatrovníka soudem).

R1	R2	R3	R4	R5
chybějící informace na začátku péče, informace poskytované po částech	shánění informací na různých místech,	nedostatek informací na začátku – každý řekne něco, informace až na dotaz	náhodné získávání informací, neúplné informace	nedostatek informací na začátku – o nárocích, o vývoji zdravotního stavu
dlouhé lhůty při vyřizování žádostí, časově náročné obíhání úřadů		na začátku časově náročné obíhání úřadů, zařizování	časově náročné obíhání úřadů na začátku	dlouhé lhůty při vyřizování žádostí
opakované přeposuzování zdrav. stavu		opakované přeposuzování zdrav. stavu		
nutné odstranění bariér v domě i před domem, opatření vhodných pomůcek usnadňujících péči	opatření vhodných pomůcek	odstranění bariér v bytě	úprava bezbariérovosti v bytě a domě, žádosti k získání pomůcek usnadňujících péči	
odsouvání vlastních zdravotních problémů, psychické problémy, vyčerpání, bolesti těla	psychické problémy, pocity beznaděje, fyzické vyčerpání	odkládání zdravotních problémů	psychické problémy, fyzické vyčerpání	psychické problémy, nespavost, bolesti zad
	obava z chybějících financí při využití služeb			obava z nedostatku financí při využití služeb
plánování volna s ohledem na opečovávaného a časové možnosti dětí	nedostatek volného času a času pro sebe – není, kdo by zajistil péči	plánování s ohledem na potřeby opečovávaného, nutné zajištění dohledu	téměř žádný volný čas	minimum volného času, je nutné zajistit stálý dohled
	omezení sociálních kontaktů na minimum		omezení sociálních kontaktů	omezení sociálních kontaktů

Tabulka 2: Problémy, se kterými se pečující potýkají



## ***DVO2: Co/kdo pečujícím péči usnadňuje?***

V této části respondenti uváděli zejména pomoc rodiny a ve dvou případech i pomoc samotného opečovávaného. Dále zmiňovali různé pomůcky, které jim péči usnadňují, někteří zmínili také, že jim péči usnadňuje i bezbariérově upravené bydlení. Někteří uvedli také sousedskou výpomoc. Registrované sociální služby využívají mnozí oslovení respondenti pouze v minimálním rozsahu.

Lze říct, že třeba pečujícím o děti „usnadňuje“ péči docházka do předškolních a pak různých školských zařízení, pobyt v denních nebo týdenních stacionářích. Pečující tak mají čas na sebe, někteří chodí do zaměstnání, někteří si v klidu vyřizují své záležitosti. Vědí, že je o jejich dítě postaráno. U závislých dospělých v předdůchodovém věku tolik možností není. Ve městě je týdenní stacionář, určený pro klienty s mentálním postižením nebo kombinovaným postižením. Funguje zde pečovatelská služba a osobní asistence, v domově důchodců funguje také odlehčovací služba – všechny tyto služby jsou hrazené a pokud je bude chtít častěji využít pečující, jehož jediným příjmem by měl být příspěvek na péči, budou mu tyto finance pravděpodobně chybět. Z mého pohledu je také pro tuto skupinu závislých nevyhovující poskytování odlehčovací služby pouze v domově pro seniory. Nevýhodou je také plánování využití této služby s ohledem na její vytíženost.

R1	opečovávaný	pomoc dětí při péči i s pracemi kolem domu, zařizování na úřadech, doprava	bezbariérově upravené prostředí, pomůcky		docházka zdravotní sestry do domácnosti
R2		dospělé děti, pomoc při přesunech syna, obíhání úřadů, sousedka obstarává nákupy	pomůcky usnadňující péči	zaučení na začátku péče, pracovnice Charity chodila domů	návštěvy lékaře doma
R3	opečovávaný	pomoc dcery a zetě			senior doprava
R4			pomůcky usnadňující přesuny, pomůcky k překonání bariér		osobní asistentka, obědy
R5		švagrová, sousedka, děti při zajištění dohledu, zařizování na úřadech			

Tabulka 3: Usnadnění péče

**DVO3: Jaké informace mají pečující o formálních poskytovatelích pomoci?**

Všichni respondenti uvedli, že vědí, že existuje třeba pečovatelská služba a domovy důchodců. Někteří uvedli, že se domnívají, že se jedná o služby určené pro staré lidi. V minimálním rozsahu využívají registrované služby pouze dvě respondentky. Na informace o službách by se doptávali u lékařů

nebo na úřadech. Někteří také u svých známých, kteří mají s využitím služeb zkušenosti.

Ze zkušenosti vím, že někteří pečující získají informace ve zdravotnickém zařízení (nemocnice, LDN), někteří si informace shání sami – na internetu, od známých, někteří se přijdou zeptat na úřad. Na stránkách města je dostupný Katalog služeb, poskytovatelé také nechávají na úřadech, ve zdravotnických zařízeních nebo u lékařů své propagační letáky. Ve městě také každoročně probíhá Integrační den osob se zdravotním postižením, na kterém se mimo jiné prezentují různí poskytovatelé sociálních služeb v regionu. Při sociálním šetření se také setkávám s tím, že mi někteří klienti říkají, že k nim např. dochází zdravotní sestra, která provádí různé úkony, nebo rehabilitační sestra, která zajišťuje různá rehabilitační cvičení. Při dotazu na úhradu mi klienti sdělí, že nic nehradí, že jim to napsal lékař. Při šetření u jiného klienta se naopak setkávám s tím, že si stejnou péči hradí z příspěvku na péči.

R1	dřívější zkušenost, úřad práce, známí	docházka zdrav. sestry domů,
R2	sociální pracovnice v nemocnici, úřad práce	
R3	od známých, místní tisk,	senior doprava
R4	lékař, místní tisk, známí	osobní asistence, obědy
R5	lékař, úřad práce	

Tabulka 4: Zdroj informací o poskytovatelích pomoci a využívané služby

#### *DVO4: Jakou pomoc by pečující uvítali?*

Dvě z pečujících na tomto místě vyzdvihly fungující rodinu. Jedna z nich uvedla, že se jim jednou podařilo společně s mužem dostat do lázní, což jim

dle jejího sdělení velmi pomohlo. Nechtěla jet do lázní bez muže ani muž bez ní. Po počátečních problémech jim bylo umožněno společné bydlení (nebyla to samozřejmost, kdyby to nešlo, tak by nejeli), při pobytu si každý absolvoval svoje procedury a zbytek času trávili společně. Takto jí to vyhovovalo. Na základě této zkušenosti uvedla, že by si opět přála společný pobyt v lázních, ale ví, že je to velmi problematické s ohledem na zdravotní omezení jejího muže. Druhá z těchto pečujících také zmínila výhodu lázní pro sebe a rehabilitačních pobytů pro syna. Uvedla, že tímto způsobem si od sebe odpočinou. Tyto respondentky také uvedly, že mají i čas pro sebe (z rozhovoru vyplynulo, že musí brát ohledy na opečovávaného i rodinu a domlouvat se na zajištění péče v době jejich nepřítomnosti).

Zbylí respondenti, kteří péči zajišťují převážně sami a pomoc rodiny je minimální či téměř žádná, by uvítali někoho, kdo by je dokázal zastoupit na delší dobu. Uvítali by také více volného času a času na odpočinek.

	<b>zástup jinou osobou</b>	<b>lázeňský pobyt</b>	<b>čas na odpočinek</b>	<b>sociální kontakty</b>
<b>R1</b>		alespoň týdenní společný pobyt v lázních		
<b>R2</b>	asi někdo, kdo by tady s ním nějakou dobu byl		víc času pro sebe	
<b>R3</b>		lázeňský pobyt		
<b>R4</b>	někdo, kdo by úplně zvládnul péči na pár dní		více času na odpočinek a regeneraci sil	
<b>R5</b>	častější zástup			častěji se dostat mezi lidi, za kamarády

**Tabulka 5: Možnosti pomoci**

**HVO: *Jak nahlízejí neformální pečující na Orlickoústecku na svoji situaci, jak péče ovlivnila jejich osobní život, v čem spatřují největší problémy při poskytování péče a jakou podporu by případně uvítali.***

Z výsledků výzkumu vyplynulo, že poskytování péče více či méně ovlivnilo osobní život všech mnou oslovených pečujících. Pečující často zmiňovali časovou náročnost péče a možnost plánování případného volného času s ohledem na potřeby opečovávaného. Někteří z pečujících volný čas pro sebe a na svůj odpočinek nemají téměř žádný, tito pečující pak také více zmiňovali pocity osamocení a izolace (omezení kontaktů s rodinou, kamarády). Pouze jedna respondentka uvedla, že poskytování péče neovlivnilo její zdravotní stav. Přesto i ona má zdravotní problémy, a jejich řešení různě odsouvá kvůli opečovávanému. Ostatní pečující uvedli, že se jejich zdravotní stav v průběhu poskytování péče zhoršil, že odsouvají řešení svých zdravotních problémů do pozadí, upřednostňují potřeby opečovávaného. Často uváděli psychické problémy, pocity vyčerpání a beznaděje, bolesti zad i celého těla. Dva z pečujících také uvedli možné finanční problémy související s péčí.

Za problematické označili pečující obtížné získávání informací zejména na začátku poskytování péče (o zdravotním stavu svého blízkého, o tom, na co všechno mají nárok, co je třeba zařídit a kde, jak správně pečovat, ...). Dále uváděli dlouhé lhůty při vyřizování různých žádostí a nejistý výsledek těchto řízení.

Respondenti, kteří se mohou o pomoc při zajištění péče obrátit na další členy rodiny uvedli, že jim nic nechybí. Jednalo se o respondenty, kteří mají dobrou zkušenost s pobytem v lázních, proto uvedli, že by si přáli možnost další návštěvy lázní (v jednom případě společně s opečovávaným, v jednom případě odděleně).

Respondenti, kteří jsou na péči převážně sami, by uvítali nějaký „zástup“ na delší dobu. Delší doba je pro každého jiná – pro někoho několik hodin, pro někoho několik dní.

Pomoc prostřednictvím registrovaných sociálních služeb či jiných služeb je respondenty využívána minimálně. Zde jeden z respondentů uvedl obavu z finančních potíží v souvislosti s případným využitím služeb.

Na základě provedeného šetření lze říct, že se problémy a životní situace vybraných respondentů shodují s výsledky různých výzkumů zaměřených na pečující osoby. Některé z těchto výzkumů jsou uvedeny v teoretické části této diplomové práce. Problematika neformální péče bývá každoročně tématem několika bakalářských a diplomových prací. Z těch obhájených na Univerzitě Palackého v Olomouci bych uvedla například práci K. Pištororové, L. Fajkusové nebo M. Kromelové. I tyto výzkumnice došly k podobným závěrům.

### **8.1 Doporučení pro praxi**

- Efektivní informování pečujících před začátkem péče a následně i v průběhu péče – ucelené informace o tom, jaké služby, dávky, pomůcky, případně další pomoc mohou pečující získat a tím si péči ulehčit, by měli pečujícím poskytnout zdravotně sociální pracovníci ve zdravotnických zařízeních, sociální pracovníci na městských úřadech či úřadech práce. Informace o zdravotní diagnóze a jejím vývoji i o tom, jak správně pečovat by měl poskytnout ošetřující lékař či jiný zdravotnický personál. Případný zácvik ve správném pečování by měl být pečujícím umožněn např. již před ukončením hospitalizace opečovávaného, případně by měl mít nárok na zácvik v domácím prostředí po propuštění opečovávaného, kam by potřebnou dobu docházela zdravotní sestra (tato služba by měla být hrazena ze zdravotního pojištění).

- Rozšiřování informací o sociálních službách a zvyšování dostupnosti terénních sociálních služeb – základní informace o službách dostupných v regionu by měly být zveřejněny na internetových stránkách jednotlivých měst (včetně aktuálního kontaktu na službu). Zvyšování dostupnosti terénních služeb např. navyšováním potřebného počtu zaměstnanců či rozšiřováním pracovní doby.
- Rozšíření odlehčovacích služeb tak, aby byly poskytovány nejen v rámci domovů pro seniory.
- Stanovení náhrady příjmu pečujícího v případě, že je příspěvek na péči využíván k úhradě služeb.
- Omezit opakovaná přeposuzování zdravotního stavu v případech, kdy je zřejmé, že zdravotní stav se již nezlepší.

## 9. Limity práce

Prostřednictvím provedeného výzkumu jsem se snažila popsat vnímání své situace vybranými neformálními pečovateli na Orlickoústecku. Jsem si vědoma toho, že určitým limitem je rozdílnost pečujících – různý věk, fungující nebo nefungující vztahy v rodině, bydliště i to, jaký je příbuzenský vztah mezi pečujícím a opečovávaným, jak dlouho pečují.

Kromě respondentky č. 4 probíhaly rozhovory v domácnostech respondentů, neboť by pro ně bylo obtížné zajistit si za sebe zástup u opečovávaného. Rozhovor s respondentkou č. 4 probíhal v kavárně s dětským koutem, neboť s sebou respondentka měla svoji dceru (8 let). Během rozhovoru se dcera několikrát dožadovala matčiny pozornosti, rozhovor byl přerušován, bylo náročné opakovaně pokračovat. Při tomto rozhovoru jsem získala nejméně podrobné informace, respondentka své odpovědi moc nerozváděla. Menší množství informací může být důvodem určitého zkreslení výsledku.

Limitem práce z mé strany může být moje znalost respondentů, která se mohla projevit v objektivitě mého pohledu na tyto respondenty.

Za silnou stránku považuji to, že je popsána další skupina pečujících i na péči závislých, kterým je ve výzkumech i při plánování sociálních služeb věnována minimální pozornost.



## Závěr

Neformální péče hraje významnou roli při zajištění péče o závislé osoby v domácím prostředí. I přes tuto důležitost je podpora neformálně pečujících ze strany veřejných politik minimální a na potřeby pečujících je ve většině případů nahlíženo přes potřeby opečovávaných. Dle Dobiášové a Kotrusové (2017, s. 24) se vychází z předpokladu, *„že pokud budou osobám závislým na péči poskytovány kvalitní a dostupné služby, uleví se také samotným pečujícím.“*

Jak uvádí např. Scott (2006, s. 7) možnou bariérou rozvoje podpory neformálního poskytování péče (zejména tedy péče rodinné) je malé povědomí o tom, co dlouhodobé poskytování péče zahrnuje, chybí představa nejen o náročnosti poskytování péče, ale také o tom, jaké minimum pomoci a podpory je ve skutečnosti k dispozici. Dále konstatuje, že i profesionálové z pomáhajících profesí či tvůrci politik často nahlízejí na péči jako na soukromou osobní záležitost pečujícího a opečovávaného.

Jako o nezavedených klientech sociální práce hovoří o rodinných pečujících Hubíková. (2017, s. 8-10). Zmiňuje, že neexistuje výzkum zaměřený na sociální práci s pečujícími v ČR a dále také o tom, že není mapována situace pečujících, přestože sociální pracovníci agendy příspěvku na péči na Úřadech práce jsou někdy schopni hlavní typy rizik a potíží, se kterými se pečující potýkají vystihnout. Podotýká, že i když se sociální pracovníci snaží problémy sdělené pečujícími nepřehlížet, narážejí na limity – jak vlastní osoby, tak organizace, ve které pracují. Vzhledem k tomu, že nejsou rodinní pečující vymezeni jako cílová skupina sociální práce, *„vymykají se pro sociálního pracovníka problémy rodinných pečujících ze škály problémů, které vnímá jako řešitelné v rámci své náplně práce, nástroji, které má k dispozici, z hlediska své pozice v organizaci a v organizačních podmínkách, v nichž působí“*.

Neformálními pečovateli se nejčastěji stávají nejbližší členové rodiny, méně často pak kamarádi či známí. Zajištění péče o blízkou osobu je psychicky i fyzicky velmi náročné, a právě blízký vztah a emoční vazby mezi pečujícím a pečovaným mohou být při dlouhodobé péči zdrojem rizik, především na straně pečujícího. Tato rizika mohou zasáhnout rodinný život pečujícího či jeho zdravotní stav. Přijetí pečovatelského závazku může také pečujícího dostat do finančních potíží nebo negativně ovlivnit jeho společenský život.

Jak vyplývá z výzkumů, za největší problém považují tito pečující, zejména na začátku péče, nedostatek ucelených informací. Chybí jim mimo jiné informace o zdravotním stavu jejich blízkého, o tom, jak zajistit péči a správně pečovat, o tom, jak budou finančně zajištěni, pokud ukončí zaměstnání, jak ukončit zaměstnání, aby případně neztratili nárok na podporu v nezaměstnanosti, z čeho budou žít (na jaké peníze budou mít nárok), jestli za ně bude hrazeno pojištění, jestli se jim péče bude „počítat do důchodu“... Často zůstávají v úžasu, že by měli žít z příspěvku na péči, nezřídka slyším odpověď „... ale já po babičce, dědovi, ... žádné peníze nechci, to je samozřejmý, že se budu starat.“ Zde se otevírá prostor pro pracovníky pomáhajících profesí, zejména pro lékaře, sociální a zdravotně sociální pracovníky zařízení a úřadů, se kterými přicházejí pečující do kontaktu. Tito pracovníci by měli být schopni poskytnout ucelené informace o možnostech zajištění či usnadnění péče (informace o finančních nárocích, službách, dále např. informace o možnostech zapůjčení různých pomůcek usnadňujících péči, ...).

S rostoucím významem neformální péče se neformální pečující dostávají do hledáčku tvůrců veřejných politik a regionálního komunitního plánování rozvoje sociálních služeb. V současné době zatím neexistuje celostátní dokument zabývající se problematikou pečujících a možnostmi jejich podpory. Téma je různě obsáhle zmiňováno jak v celostátních dokumentech, tak dokumentech krajských či regionálních. Tvůrci těchto plánů a strategií

si uvědomují nedostatečnou podporu pečujících a hledají možnosti, jak tuto situaci alespoň částečně napravit a minimalizovat tak negativní dopady související s výkonem péče. Bohužel tato snaha však sepsáním do různých dokumentů končí a žádná konkrétní skutečná pomoc pro pečující se zatím stále nekoná.

## Použitá literatura:

COLOMBO, F., LLENA-NOZAL, A., MERCIER, J., TJADENS, F. 2011. *Help Wanted? Providing and Paying for Long-Term Care*. Paris: OECD Publishing. [online]. [cit. 2021-08-18] Dostupné z: [https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted\\_9789264097759-en#page4](https://read.oecd-ilibrary.org/social-issues-migration-health/help-wanted_9789264097759-en#page4)

Český statistický úřad. *Věkové složení obyvatel*. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: [https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM02&z=T&f=TABULKA&katalog=33156&str=v75&u=v75\\_VUZEMI\\_43\\_579891](https://vdb.czso.cz/vdbvo2/faces/cs/index.jsf?page=vystup-objekt&pvo=DEM02&z=T&f=TABULKA&katalog=33156&str=v75&u=v75_VUZEMI_43_579891)

DOBIÁŠOVÁ, K. a KOTRUSOVÁ, M. 2017. *Zaslouhují si neformální pečující větší péči? Změny v sociální konstrukci neformálních pečujících a designu politiky dlouhodobé péče*. Sociální práce/Sociálna práca č. 6, s. 22-41. ISSN 1213-6204

Fond dalšího vzdělávání. 2018. *Zabezpečení dotazníkového šetření pro účely projektu „Podpora neformálních pečujících II“*. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: [https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/FDV\\_zaverecna-zprava\\_neformalni-pecujici\\_fin.pdf](https://socialnipolitika.eu/wp-content/uploads/2019/07/FDV_zaverecna-zprava_neformalni-pecujici_fin.pdf)

FRYČ, V., CHMELOVÁ, M. a ADÁMKOVÁ, P. 2021. *Neformální péče v teorii a praxi*. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: [https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2021/05/Neformalni\\_pecce\\_v\\_teorii\\_a\\_praxi\\_sbornik\\_final.pdf](https://alfahs.cz/wp-content/uploads/2021/05/Neformalni_pecce_v_teorii_a_praxi_sbornik_final.pdf)

FAJKUSOVÁ, Lucie. 2020. *Potřeby a situace neformálních pečujících, kteří se starají o uživatele Pečovatelské služby Charity Olomouc*. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého. Cyrilometodějská teologická fakulta. Katedra křesťanské sociální práce.

GEISLER, H., FISCHEROVÁ, A., HOLEŇOVÁ, A., SOLNÁŘOVÁ, D. a STAŇKOVÁ, N. 2019. *Jak podporovat pečující na regionální a lokální úrovni?*

Fond dalšího vzdělávání. [online]. [cit. 2021-06-13]. Dostupné z: [https://pecovatazit.cz/assets/uploads/sites/1071/2019/06/KA1.1\\_Jak-podporovat-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD-na-region%C3%A1ln%C3%AD-a-lok%C3%A1ln%C3%AD-%C3%BArovni-P%C5%99%C3%ADklady-dobr%C3%A9-praxe.pdf](https://pecovatazit.cz/assets/uploads/sites/1071/2019/06/KA1.1_Jak-podporovat-pe%C4%8Duj%C3%ADc%C3%AD-na-region%C3%A1ln%C3%AD-a-lok%C3%A1ln%C3%AD-%C3%BArovni-P%C5%99%C3%ADklady-dobr%C3%A9-praxe.pdf)

HENDL, Jan. 2005. *Kvalitativní výzkum: Základní metody a aplikace*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-040-2

HUBÍKOVÁ, O. 2017. *Otázka ustavení rodinných pečujících jako cílové skupiny sociální práce*. Sociální práce/Sociálna práca č. 6, s. 5-21. ISSN 1213-6204

KLVAČOVÁ, Petra. 2017. *Analýza zkušeností a potřeb neformálně pečujících v regionu ORP Dobříš, ORP Sedlčany a ORP Hořovice*. [online]. [cit. 2021-05-22].

Dostupné z: [https://www.cpkp.cz/index.php/component/joomdoc/dokumenty%20CpKP%20ST%C4%8C/Pecujici/2017\\_cpkp\\_analyza\\_potreb\\_neformalne\\_pecujících.pdf](https://www.cpkp.cz/index.php/component/joomdoc/dokumenty%20CpKP%20ST%C4%8C/Pecujici/2017_cpkp_analyza_potreb_neformalne_pecujících.pdf)

KOTRUSOVÁ, M., DOBIÁŠOVÁ, K. a HOŠŤÁLKOVÁ, J. 2013. *Role rodinných pečovatelů v systému sociální a zdravotní péče v ČR*. Fórum sociální politiky, č. 6, s. 10-20. ISSN 1802-5854

KROMELOVÁ, Mária. 2015. *Životní situace rodinných příslušníků osob po poranění mozku*. Olomouc (bakalářská práce). Univerzita Palackého. Filozofická fakulta. Katedra sociologie, andragogiky a kulturní antropologie

KROUTILOVÁ NOVÁKOVÁ R. a JANNDZÍKOVÁ E. 2012. *Kvalita života osob pečujících o osoby s přiznaným příspěvkem na péči ve II. a IV. stupni závislosti*. Fórum sociální politiky, č. 2, s. 20-24. ISSN 1802-5854

KUZNÍKOVÁ, Iva a MALÍK HOLASOVÁ, Věra. 2012. *O sociální práci pro management zdravotnických organizací*. Ostrava: Ostravská univerzita v Ostravě. ISBN 978-80-7368-987-2

- LEVICKÁ, Jana. 2004. *Sociálna práca s rodinou*. Trnava: Mosty. ISBN 80-89074-93-6
- MARIN, Bernd et al. 2009. *Who Cares? Care Coordination and cooperation to enhance quality in elderly care in the European Union*. [online]. [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: <https://www.euro.centre.org/downloads/detail/1182/1>
- MATOUŠEK, Oldřich. 2007. *Základy sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-331-4
- MATOUŠEK, Oldřich. 2008. *Slovník sociální práce*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-368-0
- MICHALÍK, Jan. 2010. *Malý právní průvodce pečujících*. Moravskoslezský kruh. ISBN 978-80-254-7333-7
- MICHALÍK, Jan a kol. 2011. *Zdravotní postižení a pomáhající profese*. Praha: Portál. ISBN 978-80-7367-859-3
- MIOVSKÝ, Michal. 2006. *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada. ISBN 80-247-1362-4
- MPSV. 2017. *Koncepce rodinné politiky*. [online]. [cit. 2021-06-09]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/578124/Koncepce\\_rodinne\\_politiky.pdf/df1cff9e-0271-c19f-3aaa-119c776597fb](https://www.mpsv.cz/documents/20142/578124/Koncepce_rodinne_politiky.pdf/df1cff9e-0271-c19f-3aaa-119c776597fb)
- MPSV. 2014. *Národní akční plán podporující pozitivní stárnutí pro období let 2013-2017*. [online]. [cit. 2021-07-22]. Dostupné z: [https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/NAP\\_311214.pdf/0cc270fa-dbf9-fcd5-93d6-5e7b0e9376b2](https://www.mpsv.cz/documents/20142/372809/NAP_311214.pdf/0cc270fa-dbf9-fcd5-93d6-5e7b0e9376b2)
- MPSV. 2016. *Národní strategii rozvoje sociálních služeb na období 2016-2025*. [online]. [cit. 2021-06-09]. Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/NSRSS.pdf/bca93363-6f0b-52ab-a178-4852b75dab6f>

MPSV. *Pečujme o své blízké – dlouhodobé ošetrovné*. [online]. [cit. 2021-06-18].  
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/web/cz/pecujme-o-sve-blizke-dlouhodobem-oseetrovne>

MPSV. 2019. *Strategie přípravy na stárnutí společnosti 2019–2025*. [online]. [cit. 2021-07-22].  
Dostupné z: <https://krestanstiseniori.cz/aktualne/aktuality/2019/strategie-pripravy-na-starnuti-spolecnosti-2019-20>

MPSV. 2020. *Strategie sociálního začleňování 2021-2030*. [online]. [cit. 2021-06-09].  
Dostupné z: <https://www.mpsv.cz/documents/20142/225517/Strategie+soci%C3%A1ln%C3%A1Dho+za%C4%8Dle%C5%88ov%C3%A1n%C3%AD+2021-2030.pdf/df1647d-ebf7-efe3-e797-efcf865cb171>

*Národní plán podpory rovných příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2021-2025*. 2020. [online]. [cit. 2021-06-09]. Dostupné z: <https://www.vlada.cz/assets/ppov/vvozp/aktuality/Narodni-plan-2021-2025.pdf>

NOVOSAD, Libor. 2006. *Základy speciálního poradenství: struktura a formy poradenské pomoci lidem se zdravotním nebo sociálním znevýhodněním*. Praha: Portál. ISBN 80-7367-174-3

PIŠTOROVÁ, Kateřina. 2020. *Podpora osob neformálně pečujících o seniory na Královédvorskou*. Olomouc (diplomová práce). Univerzita Palackého. Cyrilometodějská teologická fakulta. Katedra křesťanské sociální práce

SCOTT, Ann Julie. 2006. *Informal Caregiving*. [online]. [cit. 2021-08-22]  
Dostupné z: [https://digitalcommons.library.umaine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=moca\\_research](https://digitalcommons.library.umaine.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1010&context=moca_research)

SURYNEK, A., KOMÁRKOVÁ, R. a KAŠPAROVÁ, E. 2001. *Základy sociologického výzkumu*. Praha: Management Press. ISBN 80-7261-038-4

ŠIMONÍK, Pavel. 2015. *Podpora neformálních pečovatelů* [online]. [cit. 2021-05-16] Dostupné z: [http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM\\_CSDA00167.pdf?sequence=1](http://dspace.soc.cas.cz/bitstream/handle/123456789/3494/OM_CSDA00167.pdf?sequence=1)

ŠPATENKOVÁ, Naděžda a kol. 2011. *Krizová intervence pro praxi*. Praha: Grada. ISBN 978-80-247-2624-3

ŠVAŘÍČEK, Roman a ŠEĐOVÁ, Klára. 2007. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. ISBN 978-807-3673-130

TRIANAFILLOU, Judy et al. 2010. *Informal care in the long-term care systém. European Overview Paper* [online]. [cit. 2021-05-28]. Dostupné z: [https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768\\_28.05.2021](https://www.euro.centre.org/downloads/detail/768_28.05.2021)

TRUHLÁŘOVÁ, Z., Levická J., Vosečková A. A Mydlíková E. 2015. *Mezi láskou a povinností – péče očima pečovatelů*. Hradec Králové: Gaudeamus. ISBN 978-80-7435-570-7

TWIGG, J., ATKIN, K., 1994, *Carers Perceived. Policy and practice in informal care*. Buckingham, Open University Press

*Krajský plán vyrovnávání příležitostí pro osoby se zdravotním postižením na období 2019-2021*. 2018. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://www.pardubickykraj.cz/krajsky-plan-vyrovnavani-prilezitosti-pro-osoby-se-zdravotnim-postizenim>

*Střednědobý plán rozvoje sociálních služeb Pardubického kraje 2019-2021*. 2018. [online]. [cit. 2021-06-10]. Dostupné z: <https://www.pardubickykraj.cz/strednedoby-plan-rozvoje-socialnich-sluzeb-pk>



*Katalog sociálních a souvisejících služeb Ústí nad Orlicí a okolí.* 2020. [online]. [cit. 2021-05-22] Dostupné z:

[https://www.ustinadorlici.cz/images/2020/katalog\\_socialnich\\_sluzeb-2020.pdf](https://www.ustinadorlici.cz/images/2020/katalog_socialnich_sluzeb-2020.pdf)

*Střednědobý plán rozvoje sociálních a souvisejících služeb města Ústí nad Orlicí a okolí na období 2020-2023.* [online]. [cit. 2021-05-22]. Dostupné z:

[https://www.ustinadorlici.cz/images/dokumenty/komunitni\\_plan/strednedoby\\_plan-2020-2023.pdf](https://www.ustinadorlici.cz/images/dokumenty/komunitni_plan/strednedoby_plan-2020-2023.pdf)

Vyhláška 505/2006 Sb., kterou se provádějí některá ustanovení zákona o sociálních službách, v platném znění

Vyhláška č. 55/2011, o činnostech zdravotnických pracovníků a jiných odborných pracovníků, v platném znění.

Vyhláška č. 388/2011 Sb., o provedení některých ustanovení zákona o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením, v platném znění

Zákon č. 40/1964, Sb., občanský zákoník

Zákon č. 582/1991 Sb., o organizaci a provádění sociálního zabezpečení, v platném znění

Zákon č. 586/1992 Sb., o daních z příjmů, v platném znění

Zákon č. 155/1995 Sb., o důchodovém pojištění, v platném znění

Zákon č. 48/1997 Sb., o veřejném zdravotním pojištění, v platném znění

Zákon č. 435/2004 Sb., o zaměstnanosti, v platném znění

Zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, v platném znění

Zákon č. 110/2006 Sb., o životním a existenčním minimu, v platném znění

Zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, v platném znění

Zákon č. 329/2011 Sb., o poskytování dávek osobám se zdravotním postižením a o změně souvisejících zákonů, v platném znění

Zákon č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, v platném znění

Zákon č. 361/2000 Sb., o provozu na pozemních komunikacích a o změnách některých zákonů, v platném znění

Zákon č. 328/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 108/2006 Sb., o sociálních službách, ve znění pozdějších předpisů

Zákon č. 330/2021 Sb., kterým se mění zákon č. 187/2006 Sb., o nemocenském pojištění, ve znění pozdějších předpisů, a některé další zákony